

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 56

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

au cours

de la grossesse et de la puerpéralité

Transmission de la mère à l'enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre FORT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à CERISIERS (Yonne) le 29 août 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42 Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE AU COURS
DE LA GROSSESSE ET DE LA PUERPÉRALITÉ
TRANSMISSION DE LA MÈRE A L'ENFANT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553425_0001

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 56

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

au cours
de la grossesse et de la puerpéralité

Transmission de la mère à l'enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



Pierre FORT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à CERISIERS (Yonne) le 29 août 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOU
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président ; TRILLAT, assesseur ;
BONNET et RHENTER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE DOCTEUR LUCIEN FORT

Sa vie, qui fut toute de devoir et
de dévouement, restera pour moi le
plus précieux des exemples.

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
gage de ma reconnaissance infinie et
de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

A MA MARRAINE

Témoignage d'affection et de respectueuse reconnaissance.

A MON ONCLE,
LE DOCTEUR JULES FORT

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS,
PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU,
Professeur de Clinique obstétricale à la Clinique Tarnier
Officier de la Légion d'honneur

Qui fut toujours pour nous un maître si bienveillant, nous voulons témoigner notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS FOURNIER,
Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR,

Professeur de Clinique Obstétricale

Officier de la Légion d'honneur

En le remerciant très vivement au grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de bien vouloir présider notre thèse, nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER,

Accoucheur des Hôpitaux

Qui voulut bien nous guider de ses précieux conseils, nous témoignons notre très vive reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE LYON

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE LA PUERPÉRALITÉ TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT

INTRODUCTION

L'encéphalite léthargique, maladie infectieuse et contagieuse, remarquable par le polymorphisme de ses manifestations cliniques, présente une histoire épidémiologique relativement récente.

C'est en effet pendant l'hiver 1916-1917 qu'un médecin viennois, Von Economo, a le premier observé et décrit cette affection, dont les caractères essentiels étaient : l'hypersomnie, les paralysies oculaires et la fièvre. Il lui donna alors le nom d'encéphalite léthargique.

À la même époque, en France, à la fin de l'année 1916, Cruchet, Moutier et Calmette, en soignant les soldats qui combattaient sous Verdun, avaient recueilli 40 cas d'une affection assez singulière, qu'ils dénommaient encéphalo-myélite diffuse.

En 1917, cette même affection est signalée en Australie et dans la Nouvelle-Galle du Sud.

En 1918, tandis qu'elle tend à disparaître en Autri-

che, la France devient au contraire le siège d'une invasion importante, amenant alors dans notre pays une morbidité et une mortalité élevées.

Le 27 mars 1918, Netter présenta à la Société Médicale des Hôpitaux l'état des cas recueillis au cours des trois mois précédents.

La même année, des faits analogues sont observés en Angleterre, où ils furent pris alors pour de la méningite tuberculeuse et du botulisme.

En 1919, elle se manifeste en Allemagne, en Grèce, au Portugal, aux Etats-Unis, où elle avait été signalée en juin 1918. De là, elle gagne rapidement les Etats bordant l'Atlantique, pour s'étendre bientôt à ceux qui bordent les côtes du Pacifique.

En 1920, elle envahit l'Italie et l'Europe entière, le Maroc et nos possessions africaines occidentales, l'Asie et en particulier le Japon et les Indes. Bref, en moins de trois années, elle sévit sur toute l'étendue du globe.

Aussi, pour faire ressortir le caractère éminemment extensif de l'affection, a-t-on substitué à l'étiquette d'encéphalite léthargique, celle d'*encéphalite épidémique*, que nous conserverons.

On crut à une maladie nouvelle ; elle ne l'était pourtant pas.

En 1890, se manifestait en Italie, dans la province de Mantoue, et en Hongrie, une épidémie d'atteintes caractérisées par un état léthargique ou délirant, qui fut désignée alors sous le nom de *nona* ; elle fut observée en outre en Autriche, en Allemagne, en Suisse, en Angleterre et même aux Etats-Unis.

Netter relate la description faite par Rudolf Jacob Camerius, dans les « Ephémérides des Curieux de la nature », d'une épidémie qui sévit à Tubingue, en 1712, à laquelle on avait donné le nom de « Schlafkrankheit », maladie du sommeil.

Enfin, dans des temps plus reculés encore, Celse, qui vivait au temps d'Auguste et de Tibère, avait consacré un chapitre à cette fièvre léthargique, mentionnée déjà depuis longtemps par les Grecs.

Peu de maladies, récemment décrites, ont fait éclore une aussi riche floraison de travaux que l'encéphalite épidémique.

Notre but n'est pas ici de résumer une foi de plus ces diverses études, en analysant les symptômes cliniques, les lésions anatomiques et les recherches expérimentales, mais d'envisager un des aspects de la question : celui *des rapports de l'encéphalite épidémique avec la grossesse et la puerpéralité*.

Aussi, à l'occasion de deux cas observés dans le service de notre Maître, M. le Professeur Brindeau, à la Clinique Tarnier, à Paris, nous sommes-nous efforcé de recueillir toutes les observations de faits analogues qu'il nous a été possible de retrouver dans les littératures médicales françaises et étrangères. De plus, grâce à la bienveillance de nos Maîtres, nous avons pu réunir 6 observation inédites, dont 5 observations lyonnaises.

Nous tenons à remercier tout spécialement M. le Professeur Brindeau et M. le Docteur Louis Fournier, qui ont bien voulu nous permettre de prendre nos deux premières observations et, en nous encourageant

dans notre travail, nous ont toujours réservé dans leur service l'accueil le plus bienveillant. Nous remercions aussi notre ami le Docteur Siguret, qui a bien voulu compléter pour nous et nous confier une observation inédite.

A Lyon, nous voulons exprimer nos sentiments de respectueuse reconnaissance à M. le Professeur Commandeur qui, après nous avoir aidé de ses précieux conseils, nous a fait le très grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse. Que M. le Professeur agrégé Rhenter, qui voulut bien s'intéresser à nos études, nous guider dans nos recherches et qui nous témoigna toujours une parfaite bienveillance, veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude. Nous remercions également M. le Docteur Bériel, qui nous confia deux observations inédites et voulut bien nous faciliter notre tâche. Nous témoignons enfin notre respectueuse reconnaissance à M. le Professeur Lépine, à M. le Professeur agrégé Trillat, à M. le Docteur Voron, à M. le Professeur agrégé Froment, qui voulurent bien nous communiquer leurs observations.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier les effets de l'encéphalite survenant au cours de la grossesse et de la puerpéralité. A cette étude, entreprise déjà par Lionel Robinson (*Thèse Paris*, 1921), par MM. Vincent et Gaujoux de Montpellier (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1921), et par Ricardo Jorge, professeur à la Faculté de Lisbonne (*Paris Médical*, 1921), nous voulons apporter notre contribution.

Si nous ne pouvons qu'effleurer la question, pourtant bien intéressante, du Parkinson post-encéphalitique, nous nous attarderons plus longuement à un point particulier, bien peu envisagé jusqu'alors : celui de *la transmission placentaire de l'encéphalite épidémique*.

Nous avons pu rassembler 68 cas d'encéphalite épidémique ou de Parkinson post-encéphalitique survenus au cours de la gestation et des suites de couches.

Après avoir reproduit les observations inédites et résumé très brièvement les observations antérieurement publiées, nous les grouperons toutes dans un tableau d'ensemble qui nous permettra de noter plus clairement et de discuter les particularités propres aux divers cas publiés.

OBSERVATIONS

Observations Personnelles

OBSERVATION I

(Services de M. le Professeur Brindeau, Clinique obstétricale Tarnier, à Paris, et de M. le Docteur Louis Fournier, hôpital Cochin).

Mme B..., 24 ans, entre dans le service de M. le Professeur Brindeau, le 27 février 1924.

Elle est déjà venue à la consultation des femmes enceintes le 28 décembre, le 28 janvier, le 2 février et le 22 février. A cette dernière date, l'observation relate : Femme près du terme, tête mobile. Dos à gauche. Promontoire accessible à 10,5. Bassin légèrement rétréci.

Elle est venue le 26 février, veille de son entrée à la Clinique. Pas de travail; fœtus en position oblique; tête dans la fosse iliaque gauche; enfant vivant; bassin rétréci.

A. H. : Père mort de congestion cérébrale.

Mère bien portante.

Frères et sœurs bien portants.

A marché à 13 mois, a toujours bien marché.

Réglée à 8 ans 1/2 régulièrement.

A. P. : Dit n'avoir jamais été malade.

Primipare. D. R. du 24 au 30 mai 1923.

La grossesse a évolué sans incidents, cependant la femme

aurait eu chez elle des crises nerveuses dont il est impossible de lui faire préciser la nature.

On ne note chez elle aucun signe pathologique. Sa température est à 37° et le pouls à 60°.

Le 28 février, à 4 h. : Début du travail. Elèvement de température à 39°9, pouls à 85. La parturiente est transportée à l'isolement.

A 13 h. : Dilatation à 1 franc. Tête très mobile. Dos à droite, enfant vivant.

17 h. : Dil. à 5 francs. Tête fixée, enfant vivant.

21 h. : Dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux, liquide teinté. La femme pousse pendant 1 h. 1/2.

22 h. 30 : Naissance d'un garçon vivant pesant 3.410 gr. Dégagement effectué en O. P.

23 h. : Délivrance naturelle et complète; poids du placenta 540 gr.

Durée de la période de dilatation : 17 h.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30.

Lésions vulvo-périnéales : 1 crin.

Quantité de sang perdue avant l'expulsion : nulle.

Quantité de sang perdue pendant la délivrance : normale.

29 février. — Température, le matin, 38°; le soir, 39°2. Pouls à 100. La malade ne peut pas uriner, on la sonde chaque jour. Urines normales; pas d'albumine; sucre, 0 gr. 48 p. litre. La sage-femme remarque que la malade s'assoupit facilement.

1^{er} mars. — La température s'élève à nouveau, 39°5 le matin et 39°8 le soir et s'accompagne d'une élévation du pouls à 120°. La malade ne cesse de somnoler. Elle s'endort en mangeant, en écrivant. La malade cherche à lutter contre cette somnolence, mais ne peut s'opposer à cet irrésistible besoin de sommeil.

La malade se plaint d'avoir un voile devant les yeux, mais elle n'accuse pas de diplopie.

Il y a une parésie des 2 paupières.

Pas de céphalée.

Pas de troubles sensitifs.

Pas de troubles réflexes.

Les jours suivants : L'état de somnolence persiste, la ma-

lade répond cependant bien aux questions qui lui sont posées mais retombe aussitôt dans son sommeil. Pour la faire manger on est obligé de la réveiller plusieurs fois.

Le ptosis des paupières persiste et s'accroît légèrement. De plus la diplopie apparaît.

La paralysie de la vessie subsiste 4 ou 5 jours pendant lesquels il faut sonder la malade chaque jour.

Du 2 au 8 février, la température se maintient entre 38°5 et 39°6, avec un petit clocher à 40° le 5 février.

Le pouls oscille entre 80 et 110. On pense à l'encéphalite léthargique.

Le 8 février, la température restant élevée à 39°, on pratique un abcès de fixation à la cuisse droite.

Le lendemain, la température atteint 40°2; ce sera le maximum et les jours suivants on note une légère descente qui atteint 38° le 14 février.

L'état de la malade restant sensiblement le même, on la passe dans le service du Docteur Fournier, à Cochin, avec son enfant.

L'enfant qui pesait 3.410 gr. à sa naissance est nourri au sein. Les premiers jours depuis sa naissance chute de poids à 3.150 gr. Puis plateau à 3.150 pendant la première semaine.

A partir du 8 février, on porte de 7 à 8 le nombre des tétées, mais la chute de poids reprend et à sa sortie de la Clinique, le 14 février, il ne pèse que 2.880 gr.

Service de M. le Docteur Fournier.

14 mars. — Après son transport à l'hôpital Cochin, l'état de la malade s'aggrave brusquement. La température passe de 38° à 39°5, le pouls atteint 120. L'hypersomnie est plus accentuée. La malade ne répond plus aux questions posées.

On pratique alors une ponction lombaire et une injection intrarachidienne de 1 cc. de virus vaccinal atténué de Levaditi.

Après l'injection intrarachidienne la malade présente une élévation de température à 40°2 avec contractures, Kernig, forte obnubilation, délire. La malade répond très mal à ce qu'on lui demande.

Incontinence sphinctérienne.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore.

Le 19 mars, somnolence presque continue, entrecoupée toutefois de réveils courts et passagers pendant lesquels la malade se sent reposée tout en éprouvant une nouvelle envie de dormir.

A travers son sommeil, la malade a gardé conscience de ce qui se passe autour d'elle, elle comprend ce qu'on lui demande et répond correctement si on l'interroge.

Elle ne souffre pas, mais éprouve seulement une grande fatigue; elle n'a pas de céphalée.

Troubles moteurs. — On note des secousses myocloniques passagères au niveau du membre supérieur droit, secousses rapides qui durent quelques minutes, puis disparaissent.

Au niveau des paupières, myoclonies transitoires des paupières supérieures.

Trémulations fibrillaires fréquentes des muscles de la face, en particulier au niveau du frontal et de l'aide du nez.

Troubles oculaires. — Amaurose incomplète, diplopie.

Nystagmus latéral par intermittence dans les positions externes des globes oculaires. Paralyse du droit externe plus accentuée à droite.

Troubles sensitifs. — Pas de troubles sensitifs.

Troubles réflexes. — Pas de troubles réflexes. Pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de clonus de la rotule. On note seulement des réflexes rotuliens très vifs.

Réflexe cutané abdominal légèrement diminué à gauche.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — Bouffées de chaleur extrêmement fréquentes dont se plaignait déjà la malade avant d'être alitée.

Troubles sphinctériens. — L'incontinence des sphincters apparue immédiatement après l'injection intrarachidienne a disparu et il n'y a plus de troubles sphinctériens.

Troubles psychiques. — Pas de troubles psychiques marqués, pas de torpeur, peu d'obnubilation.

Troubles respiratoires. — Inversion du rythme respiratoire, respiration saccadée, brève, superficielle, avec secousses myocloniques diaphragmatiques intermittentes.

Etat général. — Bon état général. Bon appétit. Selles normales. Urines normales. Température, 37°9. Pouls 64.

Ponction lombaire. — Pas de lymphocytose (1/2 lymphocyte par mmc); la glycorachie n'a pas été recherchée. Il n'y a pas d'hyperalbuminose.

Le 20 mars : apparition de symptômes pleuro-pulmonaires : submatité de la base droite, quelques râles fins. Pouls à 56. Température, 38°.

Le 21 mars : L'abcès de fixation de la cuisse droite se vide mal. On pratique une incision et un débridement qui permettent de retirer un demi-verre de pus bien lié.

Le 22 mars : Le pouls est à 76. Température, 38°6. Quelques râles à gauche, l'état général est meilleur. Insomnie la nuit.

Le 24 mars : Chute de la température : 37°4. L'abcès de la cuisse est presque complètement tari, le pansement ne contient plus que quelques gouttes de pus. L'insomnie persiste. On note encore du nystagmus dans les positions extrêmes. Pouls à 76.

Le 26 mars : La malade a bien dormi; les râles pulmonaires ont totalement disparu. La malade se plaint encore de légers troubles de la vue et surtout de diplopie par intermittence. Température 37°8. Pouls à 60.

Le 7 avril : Nouvelle injection intrarachidienne de 1 cc. 1/2 de virus vaccin de Levaditi. Lymphocytose : 43 éléments par mmc.

Le 8 avril : Nouveaux troubles d'incontinence à la suite de l'injection.

Le 9 avril : on pratique un examen gynécologique.

Utérus avec col fermé, corps non augmenté de volume, non douloureux, un peu dévié à droite, très mobile. Tous les culs-de-sac du dôme vaginal sont libres et non douloureux. Pas de signes d'annexite ou de cellulite pelvienne. En somme, examen négatif.

Il n'y a aucune douleur à la pression au niveau des aboutissements des deux uretères dans la vessie.

Le 7 mai : Nouvelle injection intrarachidienne de 2 cc. cette fois. Lymphocytose 100 éléments.

Céphalée violente après l'injection. Quelques myoclonies

et de nouveaux troubles d'incontinence d'urines et des matières. Traces d'albumine dans les urines.

Le 8 mai : Incontinence d'urine. 20 gouttes d'adrénaline. Nouvelles injections de virus vaccin séparées chacune par un intervalle d'un mois d'abord, de 2 mois ensuite. La malade a eu 12 injections en tout du 15 mars 1924 au 28 octobre 1925, les 6 dernières ont été pratiquées intramusculaires.

Le 28 décembre : Nous revoyons la malade. La somnolence est moins marquée, cependant la malade s'assoupit encore brusquement au milieu de son repas et en écrivant. Pendant notre interrogatoire, la malade debout s'endort brusquement et chancelle. Elle ne peut lire; sa vue se troublant alors rapidement, elle s'endort.

La malade a présenté de mai à septembre des troubles psychiques : peurs nocturnes, hallucinations visuelles et auditives. Ces troubles ont disparu.

Plus de diplopie. Il persiste un ptosis léger des deux paupières.

Réflexes achilléens normaux.

Babinski négatif.

En avril 1925, la malade sort de l'hôpital, elle présente encore un peu de somnolence très atténuée.

Le 28 octobre 1925, nous avons des nouvelles de la malade qui est depuis 2 mois vendeuse aux Magasins du Louvre. Elle se plaint encore d'avoir une très légère tendance à la somnolence, mais elle peut la vaincre cette fois, ce qui lui permet de continuer son métier. Elle peut d'ailleurs lire sans s'endormir et ne s'endort plus en mangeant. Elle se considère comme tout à fait guérie.

L'enfant, qui avait continué à dépérir pendant les premiers jours de son entrée à Cochin, reprend bientôt son poids de naissance et se développe normalement. Quand nous l'avons vu en octobre et décembre, c'était un bel enfant, bien développé, sans signe pathologique et n'ayant jamais présenté aucun symptôme d'encéphalite.

Nous avons appris que l'enfant était mort en mars 1925 d'adénopathie cervicale tuberculeuse.

OBSERVATION II

Clinique Tarnier. Service de M. le Professeur Brindeau.

Mme G..., 24 ans, entre dans le service le 17 décembre 1924.

A. H. : Parents bien portants.

Trois frères et une sœur bien portants.

A. Path. : Dans l'enfance, entérite, rougeole, diphtérie.

Grippe espagnole 1919. A ce moment elle a présenté une cyanose très marquée disparue après une épistaxis très abondante, de plus on note à cette époque de la somnolence et de la diplopie.

Première grossesse. — La femme devient enceinte à cette époque et on pratique à Poitiers, où elle se trouvait, une laparotomie pour grossesse extra-utérine supposée. Cependant il n'en est rien, mais un mois après survient une fausse-couche à la suite de laquelle la somnolence disparaît.

Deuxième grossesse en 1921. — Cette grossesse est normale jusqu'au voisinage du terme. A cette époque, la somnolence et la diplopie apparaissent de nouveau; cependant accouchement spontané à terme d'une fille pesant 2 kil. 800, bien portante. La malade affirme que cet accouchement aurait eu lieu *sans douleurs*.

De 1921 à décembre 1923. — La malade dit s'être portée parfaitement bien et ne plus avoir eu ni somnolence, ni diplopie, ni malaise d'aucune sorte.

Depuis décembre 1923. — La malade accuse de la raideur des membres, une gêne de la démarche.

Le 4 novembre 1924. — Elle va consulter à la Salpêtrière.

Billet de la Salpêtrière : « Encéphalite léthargique en 1919, somnolence.

Diplopie, durée 1 an.

Depuis 1923, raideur des membres, gêne de la démarche.

Diplopie lorsque la malade relève le regard.

Examen : aspect figé, inclinaison de la tête sur l'épaule gauche. Membres supérieurs en demi-flexion.

Pas de tremblement. Parole difficile.

Examen de la motricité. Raideur généralisée. Mouvements volontaires un peu lents. Réflexes normaux; sensibilité normale, œil normal.

Diagnostic : Syndrome du Parkinson post-encéphalitique.

Examen de la malade le 26 décembre. — On est frappé par le faciès figé de la malade, la tête est toujours penchée sur l'épaule gauche, la face tournée à droite. On note une gêne dans les mouvements des membres supérieurs et inférieurs. Tout son corps apparaît soudé; la malade marche courbée et perd souvent l'équilibre.

Les membres sont en demi-flexion, surtout les membres supérieurs. Il n'y a pas de tremblement dans cette position, mais si l'on fait allonger le bras à la malade, le tremblement apparaît composé de mouvements assez lents et dont l'amplitude est plus grande que dans le Parkinson sénile.

La malade ne peut allonger complètement son bras elle-même, mais l'extension passive n'est pas douloureuse.

La malade constate l'accentuation progressive de la raideur de ses membres.

Elle ne peut exécuter sans tremblement le geste de porter sa main à sa bouche; à mi-course le tremblement apparaît et ne fait qu'augmenter de fréquence et d'amplitude jusqu'à la fin du mouvement.

Pas de signes de la roue dentée.

Réflexes rotuliens très vifs, réflexes achilléens très diminués. Réflexes épitrochléens, cubito-pronateur et du radius normaux.

Signes de Babinski, Schœffer et Oppenheim négatifs.

Troubles oculaires. — Par moment il se produit une ré-vulsion en haut des globes oculaires contre laquelle la malade ne peut lutter; si on lui présente un journal à ce moment, elle ne peut malgré ses efforts baisser le regard; elle a alors la sensation de tiraillements dans les yeux, ses membres se raidissent davantage et elle ne peut plus remuer. A ce moment-là elle ne répond plus aux questions posées et présente alors une transpiration très abondante. Elle accuse en outre une sensation extrêmement pénible.

A l'examen oculaire, on note une légère exophtalmie, de l'inégalité pupillaire. Les pupilles réagissent à la lumière,

mais ne réagissent plus à l'accommodation (signe d'Argyll inversé).

Le regard se déplace bien vers la droite et la malade présente seulement dans la position extrême un battement léger des paupières. A gauche la malade a une impassibilité absolue à fixer le regard qui ne dépasse guère la ligne médiane. L'élévation et l'abaissement des pupilles sont possibles, mais la convergence est presque complètement impossible.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse en 1920. Fausse-couche à trois mois.

Deuxième grossesse en 1921. Près du terme réapparaissent les symptômes d'encéphalite. Accouchement sans douleurs.

Naissance d'une fille vivante, bien portante en décembre 1924, pesant 2.800 gr.

Troisième grossesse, grossesse actuelle. — Pas d'accidents à signaler en dehors des symptômes de Parkinson apparus 4 mois avant le début de la grossesse et qui vont en s'accroissant. Dernières règles du 16 au 24 mars 1924.

Le 30 novembre 1924, la femme vient consulter à Tarnier.

Grossesse de 8 mois 1/2, tête en bas mobile, enfant vivant.

Le 17 décembre, grossesse à terme, col en voie d'effacement, O I G A, enfant vivant.

Le 30 décembre, à 9 h., col qui a toute sa hauteur, encore épais, assez résistant, mais orifice externe largement perméable, dos à gauche, tête haute et mobile.

Le 30 décembre, à 23 h. 30, apparition des premières douleurs.

31 décembre, à 4 h. 30, col dilatable comme 2 francs, membranes intactes, tête fixée, enfant vivant.

La femme est admise à la salle de travail.

6 h. 45 : Dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide normal, b. d. c. perçus; on engage la femme à pousser.

7 h. : Accouchement naturel à terme. Sommet en O I G A, dégagement en O P. Garçon vivant pesant 3.100 grammes.

Délivrance naturelle et complète, membranes déchirées, poids de l'arrière fais.: 390 grammes.

4 janvier : Accentuation passagère de l'hypertonie.

Globes oculaires révoltés en haut gênant le sommeil.

Phénomène de la roue dentée très net.

Il y a une élévation du pouls qui, de 76-80 les jours précédents, fait un clocher à 104.

La malade est calmée par le chloral.

6 janvier. — Amélioration légère, l'hypertonie est moins marquée.

Le 11 janvier 1925, la malade sort de la clinique, les troubles de la motricité et les troubles oculaires sont plus accentués qu'avant son accouchement.

En fin octobre 1925, nous avons des nouvelles de la malade dont le syndrome parkinsonien s'est accentué. Par contre l'enfant est bien portant et n'a présenté aucun symptôme pathologique.

Observations inédites

OBSERVATION III

(Observation du Docteur SIGURET)

Le Docteur Siguret est appelé en février 1923 auprès de Mme V... IV parée de 29 ans, enceinte de 2 mois et demi pour vomissements incoercibles.

A. H. : Père mort de congestion cérébrale. Mère morte d'un cancer du sein.

A. H. : Rougeole dans la première enfance, diphtérie à 12 ans, présente depuis l'âge de 2 ans du strabisme convergent de l'œil gauche, crises de coliques hépatiques après son deuxième et troisième accouchements.

Réglée à 11 ans, règles normales, régulières, sans autres pertes.

Rien de pathologique du côté des divers appareils avant la grossesse actuelle.

En 1913 : Grossesse normale, un garçon.

En 1914 : Nouvelle grossesse, garçon. Coliques hépatiques durant les suites de couches.

En 1917 : Troisième grossesse, fille. Coliques hépatiques durant les suites de couches.

En 1922 : Fausse-couche de 3 mois, sans raison apparente. Enceinte à nouveau fin 1922. D. R. du 18 au 23 novembre. En décembre et janvier, rien d'anormal.

En février 1923 : Vomissements incoercibles. On ordonne à la femme : repos, alimentation réglée, boissons glacées, grands lavages d'intestin, urotropine, eau lactosée, etc... Les vomissements s'atténuent, puis cessent.

Le Docteur Siguret est appelé à nouveau un soir parce que la malade souffre énormément de la tête. Il trouve une femme qui depuis 2 jours n'a pas mangé. Les nausées ont repris. Douleur vive à la nuque, Kernig, réflexes exagérés, tremblements, bourdonnements de l'oreille gauche, congestion de la face, transpiration profuse limitée à la tête, palpitations, étouffements, mouvements myocloniques.

Le 18 mars 1923, M. le Professeur Brindeau est appelé. Il pose le diagnostic d'encéphalite léthargique, prescrit une ponction lombaire et des injections intra-musculaires de sels de bismuth (Quinby).

Le 21 mars : Ponction lombaire : on retire un liquide clair sous pression. Réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien (méthode de Calmette et Massol) négative.

Examen cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien :

- 1° Nombres d'éléments cellulaires par mmc. : 1,3.
- 2° Nature de ces éléments : lymphocytes.
- 3° Quantité d'albumine : 0 gr. 30.
- 4° Quantité de glucose : 0 gr. 525.

Cette femme présente un faciès vultueux, un peu d'acné sur les joues. Elle est euphorique et assez indifférente. On note un léger tremblement de ses membres et surtout des mouvements myocloniques assez réguliers, assez accentués, augmentant de fréquence lorsqu'on attire l'attention de la malade sur ce symptôme. Elle se plaint de la nuque, du genou, de l'épaule et du coude droit. Elle est somnolente et lorsqu'elle s'endort elle a quelques soubresauts.

Troubles réflexes : Réflexes oculaires normaux.

Réflexe oculo-cardiaque, pas de modification.

Réflexes tendineux très exagérés.

Au point de vue psychique; cette femme est devenue indifférente, perte des souvenirs, diminution de l'affectivité, impatiences par instant, absences de mémoire, s'orientant difficilement.

Troubles oculaires. — Un peu de paralysie de la convergence, surtout lorsque le regard est porté en bas.

Pas de paralysies des mouvements d'élévation, d'abaissement, de latéralité, légère paralysie des fonctions associées entre elles. Diplopie accentuée par intermittence.

Salivation exagérée avec sécheresse du pharynx.

Les digestions sont pénibles. Bouffées de chaleur après les repas et estomac très intolérant. Les vomissements ont été continus pendant les premières semaines. La malade croit pouvoir manger copieusement, mais son appétit fait place à de l'anorexie dès qu'elle s'alimente. Généralement constipée, elle a de temps à autre des débâcles diarrhéiques.

Troubles respiratoires : Oppression. Ampliation thoracique réduite, le nombre des respirations, qui est de 28 à 30 par minute, diminue rapidement par la respiration forcée jusqu'à amener de l'étouffement et de l'immobilisation du thorax. Elle a de la polypnée, suivie de périodes d'apnée. Auscultation négative.

Troubles urinaires : Pas d'hématurie, mais par intermittence de très légères traces d'albumine. Perte abondante d'urates et de phosphates. D'ailleurs cette femme qui était fort plantureuse, paraît-il, aurait beaucoup maigri. Elle n'a jamais eu d'incontinence d'urine. Elle eut de l'anurie avant d'être mise au régime.

Au point de vue circulatoire, aucun trouble cardiaque, si ce n'est des palpitations par crises; pas de vagospasme, tension normale, pouls à 76.

Elle ne présente pas le syndrome de Mikulicz et sa température, normale d'ordinaire, s'élève un peu au-dessus de 38 au moment des crises.

De temps à autre, apparaît une crise caractérisée par de l'anorexie les jours précédents, sensation de lassitude plus grande; puis brutalement bouffées de chaleur, nausées, douleur à la nuque, bourdonnements d'oreille, palpitations et perte de connaissance avec faciès vultueux, d'une durée de 5 à 10 minutes.

Sur les indications de M. le Professeur Brindeau, il a été continué l'uroformine par voie buccale et il a été fait une série de 10 injections intramusculaires de sels de bismuth à raison de 2 ou 3 piqûres par semaine, suivant la tolérance de la malade qui, malgré les soins pris, présentait un peu de stomatite.

Depuis cette série de piqûres, les phénomènes se sont un peu amendés, moins de mouvements myocloniques, de nausées, diplopie moins fréquente et crises plus espacées.

Actuellement, il y a donc amélioration au point de vue général. Par ailleurs l'utérus est gros, comme pour six mois, le fœtus remue bien, les bruits du cœur sont difficilement perçus.

Au début de juillet, 2 piqûres de Quinby qui donnent une stomatite aiguë nécessitent la cessation de la médication. Par contre les mouvements myocloniques disparaissent ainsi que la diplopie. La malade conserve du strabisme intermittent et quelques vomissements.

Au début d'août : Grossesse de huit mois environ, tête en bas, bruits du cœur bons. Grosse dilatation gastrique, nausées. Etat général meilleur.

Le 14 août : La malade souffre à nouveau de vomissements et présente un peu atténués les phénomènes apparus antérieurement, à savoir surtout : mouvements cloniques, bouffées de chaleur avec congestion de la face surtout du côté gauche, diplopie intermittente.

Traitement : Urotropine, lavage d'intestin, eau lactosée.

19 août, 18 heures : La malade présente depuis deux heures des douleurs dans la région lombaire, surtout à droite, et par intermittence des douleurs utérines.

Col non effacé, pas de dilatation. Température: 37°7.

22 heures : Même état, vomissements fréquents.

19 août, 6 heures : Le col est effacé, mais épais. Les douleurs intermittentes reviennent tous les quarts d'heure.

Midi : Même état.

16 heures : Col perméable et épais.

20 heures : En l'absence du Professeur Brindeau, le Professeur agrégé Metzger appelé trouve une dilatation comme 2 francs. Les douleurs sont plus vives depuis 17 heures.

21 août, 9 heures : Même dilatation.

16 heures : La malade a toujours la même dilatation avec col épais. Les poussées congestives de la face sont plus accrues ainsi que les mouvements cloniques et la diplopie qui est constante. La malade se plaint énormément d'une douleur à la nuque. Elle ne peut lever la tête du plan du lit. Vomissements fréquents. Urines peu abondantes et très foncées.

20 heures : La malade se plaint de douleur vive à la nuque et au côté gauche de la face, avec bourdonnements continus de l'oreille gauche. Douleurs articulaires et musculaires. Sensation d'étouffement. Température 39°1. Pouls incomptable. La malade a par intermittence du délire et entre temps elle demande de l'air.

Dilatation stationnaire.

Glace sur la tête, compresses chaudes sur la région cardiaque, eau lactosée.

Minuit : On fait 1 centigr. de morphine et la malade repose jusqu'à 3 heures.

22 août, 3 heures : Des douleurs vives surviennent jusqu'à 5 heures : la dilatation est alors complète. Rupture artificielle des membranes.

5 h. 40 : Expulsion spontanée d'une fille vivante, en bon état. La délivrance se fait spontanément dix minutes après. Elle est complète.

Pas d'hémorragie. La malade a perdu fort peu.

A la phase d'excitation survenue pendant l'expulsion fait suite une période de calme sitôt après la sortie de l'enfant. La céphalée, la diplopie, les mouvements cloniques subsistent toutefois, mais l'oppression a disparu.

17 heures : Température, 39°; pouls, 110.

Le malade a quelques tranchées. Les symptômes encéphaliques semblent un peu atténués.

La malade qui à ses deux grossesses a eu des coliques hépatiques, semble commencer un peu d'ictère.

Antipyrine, urotropine, grands lavages d'intestin, eau d'Evian.

23 août : L'ictère n'est pas plus apparent, encore quelques tranchées.

24 août : Il est donné 20 gr. de sulfate de soude.

Légers mouvements myocloniques, diplopie par intermit-
tence. L'ictère semble stationnaire. Température, 36°6 et
37°9, six selles dans la journée.

25 août : La malade n'a plus de mouvements myocloni-
ques, ni diplopie, ni céphalée, ni poussées congestives.
Température, 36°8. L'enfant nourri au lait condensé a bonne
apparence.

27 août : La malade a souffert des reins toute la nuit,
céphalée. Température, 36°8. 30 gr. de sulfate de soude.

28 août au 9 septembre : Bon état, la malade commence
à se lever.

9 au 12 septembre : Crises quotidiennes de coliques hépa-
tiques.

Du 12 au 16 septembre : Bon état qui se continue jusqu'à
la fin septembre, sans troubles accusés, ni diplopie, ni myo-
clonies, ni céphalée, moindre tendance au sommeil.

L'enfant élevé au lait condensé s'élève parfaitement.

A la date du 20 octobre, la mère et l'enfant se portent bien.

Le 27 octobre 1925, on a de bonnes nouvelles de la mère
et de l'enfant. Celui-ci âgé de 26 mois est normalement dé-
veloppé et n'a jamais présenté de symptômes d'encéphalite.

OBSERVATION IV

*Observation de M. le Docteur Voron
et de M. le Professeur agrégé Rhenter
Service de la Maternité, à la Charité*

Mme B..., 30 ans, enceinte de 8 mois, entre à la première
infirmerie le 2 septembre, présentant un syndrome parkin-
sonien post-encéphalitique.

A. H. : Père et mère morts, trois frères et une sœur bien
portants.

A. P. : Nourrie au sein. Régée à 17 ans.

Grippe en 1918. Encéphalite léthargique.

A cette époque, la malade aurait présenté des phénomènes
de somnolence très accentués, une température élevée, du

délire. Par la suite serait apparue une raideur à type parkinsonien; et en 1922 la malade aurait constaté du tremblement, mais sans troubles oculaires.

A. obstétricaux. — En 1918, fausse-couche de 3 mois (attribuée par la malade au transport d'une lourde charge).

En 1919 : Fausse-couche d'un mois et demi (attribuée à une frayeur).

Actuellement : III geste I pare. D. R., 10 décembre 1921.

Grossesse de 8 mois. O I G tête amorcée mobilisable. Bassin normal. Bruits du cœur perçus. Pas d'albumine dans les urines.

La malade présente un aspect soudé, traits inexpressifs, démarche à petits pas, tremblement surtout marqué à la main gauche (geste continu de compter la monnaie) s'exagérant dans les mouvements.

Parole traînante avec des accès de tachyphémie stéréotypée. Le phénomène de la roue dentée n'est pas retrouvé, pas de spasmes de torsion.

Sortie le 30 septembre, la malade ayant perdu les eaux est transférée à la Maternité.

Le 14 octobre, à 1 heure : Apparition des premières douleurs.

7 h. 30 : Tête au bas de l'excavation, dilatation complète.

On conduit la femme à la salle de travail.

Les douleurs, jusque-là assez fortes, s'expacent peu à peu et deviennent insignifiantes.

Les bruits de cœur restent réguliers jusqu'à 8 h. 40. A ce moment ils deviennent lents. On fait un peu d'expression abdominale, car les bruits du cœur sont devenues imperceptibles.

8 h. 50 : Accouchement spontané à terme : enfant vivant pesant 3.350 gr. Il naît étonné, on le ranime par un bain chaud, il crie un quart d'heure après sa naissance; il porte une bosse séro-sanguine volumineuse sur le pariétal droit. Après l'expulsion il y a un écoulement de liquide méconial.

Deux heures après l'accouchement, la délivrance n'est pas faite. La malade a de légères contractions et perd à chaque contraction une petite quantité de sang.

On pratique à 11 h. 30 la délivrance artificielle sans anes-

thésic. Le placenta est fortement adhérent à la muqueuse dans la corne droite. On l'extrait et la main est réintroduite dans l'utérus pour la vérification.

La délivrance est complète, ainsi que les membranes. La perte sanguine est évaluée à 900 gr. On fait suivre d'une injection iodo-iodurée. Poids du placenta, 360 gr.

Suite de couches normales.

L'enfant nourri au sein maternel dont le poids à la naissance était de 3.350 gr., sort de l'hôpital 11 jours après sa naissance, pesant 3.150 gr. Son état est satisfaisant.

(OBSERVATIONS V)

Observations de M. le Docteur BÉRIEL

Mme R..., 20 ans, entre dans le service de M. le Docteur Bériel à l'Antiquaille, en février 1924, pour syndrome de Parkinson.

A. H. : Père mort à 49 ans d'un accident de tramway.

Mère âgée de 52 ans, bien portante.

Quatre frères et sœurs morts en bas âge ?

Deux frères et une sœur en bonne santé.

A. P. : Réglée à 13 ans.

Rougeole, coqueluche et variole dans l'enfance. Grippe en 1918. A cette époque, la malade a présenté des signes léthargiques nets pendant une huitaine de jours.

En 1922, première grossesse : Au quatrième mois apparaît un tremblement généralisé des bras et des jambes, tremblement bien moins accentué qu'il ne l'est actuellement. Pas d'autres signes après l'accouchement.

Accouchement le 20 déc. 22 : garçon vivant bien portant. Après l'accouchement, le sommeil s'est emparé de la malade et s'est manifesté surtout après chaque repas. On note ensuite une amélioration assez notable.

En 1923, deuxième grossesse : Dès le début de la deuxième grossesse, le tremblement est plus accentué et nécessité même, au 8^e mois de la grossesse, l'hospitalisation de la malade.

Accouchement le 27 déc. 23 : fille vivante et bien portante. Après ce deuxième accouchement, comme après le

premier, la malade présente une hypersomnie marquée et le tremblement persiste, très accentué.

En février 1924 : La malade entre à l'Antiquaille.

Elle présente un faciès un peu hébété, craintif.

L'allure générale est *figée*. La marche est lente, mais normale. Souvent, cependant, la malade est obligée de s'arrêter, sentant ses jambes devenir brusquement raides, inactives. Aux membres inférieurs, on constate aussi une rigidité assez nette. Les réflexes, tant aux bras qu'aux jambes, existent, sans exagération.

Mais, ce qui frappe surtout, c'est un *tremblement* marqué, se produisant aussi bien à l'état de repos qu'à l'occasion des mouvements. Ce tremblement est menu, rapide. On le constate aussi au visage, au niveau de la langue ; il n'y a pas d'occlusion des paupières.

La parole est lente, monotone, avec des arrêts fréquents. La malade, dit être souvent obligée de chercher ses mots. L'écriture, ne présente rien de bien caractéristique, elle est un peu tremblée.

Les pupilles réagissent, mais sont paresseuses, il n'y a pas de signes cérébelleux.

Au cœur : rien à signaler.

Aux poumons : La malade prétend tousser un peu, mais l'auscultation ne révèle rien de particulier.

Le psychisme semble peu atteint. La malade est, avant tout, craintive, timorée surtout, à cause des mauvais soins que lui inflige son entourage, en particulier, son mari, qu'elle redoute beaucoup.

HOSPICE DE VILLEURBANNE. — MARS 1925

L'état de la malade est sensiblement le même qu'en février 1924, les symptômes et, en particulier le tremblement, sont toutefois plus accentués. Aux membres supérieurs, le tremblement est plus marqué au bras et à la main gauche ; aux membres inférieurs, au contraire, il est plus accentué à la jambe droite.

La malade accuse de la diplopie par intermittence, et se plaint de voir trouble. Pas de paralysies oculaires ; diminution de l'accommodation, à la distance, léger nystagmus latéral, lorsque le regard est porté en haut.

Des 2 enfants : l'aîné, âgé de 27 mois, est bien portant.

La petite fille, bien portante jusqu'à 5 mois, est alors hospitalisée à la Charité, où l'on pense à une *méningite*, elle meurt 12 jours après.

OBSERVATION VI

(Observation de M. le Docteur BÉRIEL)

Résumé de l'histoire clinique

M. C... âgée de 29 ans.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

En 1919, première grossesse : La grossesse évolue normalement jusqu'au terme de 7 mois, au début de 1920. A cette époque, apparaissent les premiers symptômes d'une encéphalite épidémique, à forme choréïque, confirmée par M. le Docteur Bernard, de St-Etienne.

L'accouchement spontané survient à terme, en pleine maladie, sans aggravation des symptômes. L'enfant est vivant et bien portant.

Quelques mois après l'accouchement, guérison apparente, avec atténuation et bientôt disparition de tous les signes de l'encéphalite.

En 1920, deuxième grossesse : qui évolue en *pleine santé apparente*. Accouchement normal à terme, au début de 1921.

En mai 1924 : La femme devient de nouveau enceinte.

Alors qu'elle n'avait présenté aucun symptôme pathologique au cours de sa seconde grossesse et pendant les 2 années qui suivirent, la troisième grossesse, au contraire, n'est pas exempte de malaises. A cette époque, la femme se sent fatiguée, déprimée, sans symptômes bien caractérisés.

L'accouchement survient spontanément, à terme, et sans incident.

Mais, après l'accouchement, la lassitude, et l'asthénie apparue au cours de la grossesse, augmentent rapidement et la malade devient rapidement une parkinsonienne typique.

OBSERVATION VII

(Observation de M. le Professeur LÉPINE

et M. le Professeur Agrégé TRILLAT)

Résumé de l'histoire clinique

M. X..., est examinée le 24 avril 1924 pour somnolence, et malaises mal caractérisés. Son transfert dans une clinique est jugé nécessaire.

Le 26 avril : La malade est examinée à la clinique.

A. P. : Femme toujours irrégulièrement réglée.

Tempérament plutôt nerveux, femme un peu congestive.

Enceinte de 3 mois, elle présente, depuis quelques jours, de la somnolence, mais n'a pas de fièvre.

On note une hémiparésie faciale inférieure gauche.

La force musculaire est diminuée au membre supérieur gauche.

La parole est pénible, avec un léger empâtement. La vision binoculaire est difficile ; la malade accuse une légère diplopie, corrigée par l'effort.

Elle se plaint en outre d'une vague douleur mastoïdienne ; examinée spécialement à ce point de vue, on ne trouve rien du côté de l'oreille.

On pose alors le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Le 27 avril : La journée est plus mauvaise. Délire, hallucinations, somnambulisme, le tout sans température.

Le 28 avril : La malade accuse toujours des douleurs mastoïdiennes et se plaint en outre de douleurs au niveau de la langue. L'état général est meilleur que la veille.

Le 11 mai : La malade accuse une diplopie dans le regard à gauche et paraissant due à une parésie du droit externe de l'œil gauche.

On note, en outre, une inégalité pupillaire, pupille droite plus dilatée que la gauche, mais conservation des réflexes. Parésie accommodative.

Le fond d'œil paraît sain, il n'y a pas d'œdème papillaire.

L'état reste stationnaire jusqu'à l'accouchement ; celui-ci a lieu spontanément, sans incident. L'enfant est vivant et bien constitué.

Après l'accouchement, on note une légère aggravation de l'état général, avec un peu d'excitation nerveuse.

Depuis, l'état est resté stationnaire, la malade présentant toutefois un léger tremblement et une certaine raideur musculaire.

OBSERVATION VIII

(Observation de M. le Docteur BOUCHET
et de M. le Professeur Agrégé FROMENT)

Résumé de l'histoire clinique

Mme X..., enceinte et au terme de sa grossesse présente :

En février 1920 : Dans les 2 ou 3 jours qui précèdent son accouchement, un état de somnolence, état subcomateux, avec température élevé à 39°5; elle ne répond plus aux questions posées.

L'accouchement est très normal et la femme sort de sa léthargie pendant la période de travail de l'accouchement.

Après l'accouchement, on note une paralysie partielle de la vessie, qui nécessite le cathététérisme pendant la semaine qui suit. La léthargie est plutôt plus accentuée et l'état reste très grave pendant tout le mois de février.

On pratique des injections intra-veineuses d'urotropine.

Les symptômes s'améliorent par la suite et de juin 1920 à juin 1921, on note seulement une lenteur dans les mouvements.

En juin 1921 : se manifeste une lassitude extrême, et une tendance très marquée à l'obésité ; on note également une perte assez prononcée de la mémoire.

L'examen du système nerveux est négatif.

On donne de l'adrénaline à la malade.

En 1922, apparaît un syndrome parkinsonien, se manifestant, au début surtout, par une lenteur des mouvements, et une salivation extrêmement abondante, que rien ne peut enrayer.

Très rapidement, la malade prend une attitude figée, son regard est fixe et la contracture musculaire est très accentuée.

Depuis cette époque, l'état de la malade est resté sensiblement le même.

L'enfant, née vivante et bien portante, a été nourrie au sein, les 3 premiers mois, puis sevrée, à cause de l'état général de la mère. Elle n'a jamais présenté aucun symptôme pathologique. Agée actuellement de 5 ans et demi, elle est bien portante et normalement développée.

Observations antérieurement publiées en France

OBSERVATION IX (de M. ACHARD)

Encéphalite survenant au 6^e mois de la grossesse, avec température à 39°8. Myoclonies du flanc gauche et secousses convulsives du membre supérieur droit. La malade meurt quelques heures après l'expulsion de son fœtus, au douzième jour de la maladie.

Autopsie de la mère : lésions typiques de l'encéphale.

Autopsie du fœtus : examen négatif, macroscopiquement et microscopiquement.

OBSERVATION X (de M. ANDÉRODIAS)

Encéphalite aiguë à forme myoclonique et léthargique, apparue au 8^e mois de la grossesse, chez une primipare. La veille de l'accouchement, surviennent plusieurs crises, ayant l'allure des crises éclamptiques, mais sans température, avec une tension artérielle normale et des urines abondantes. Accouchement 15 jours avant le terme présumé, sans douleurs, malgré les 10 heures de travail. Enfant vivant. L'état général s'aggrave et la malade meurt un mois après son accouchement. A cette époque, l'enfant est bien portant.

OBSERVATION XI (de MM. AUDRY et FROMENT)

Femme de 30 ans, qui présente au 5^e mois de sa grossesse une forme d'encéphalite, avec température élevée, hallucinations visuelles, diplopie, nystagmus latéral, abolition du réflexe à l'accommodation, persistance du réflexe à la lumière, dysarthrie, polypnée. Trismus marqué, mais pas de somnolence.

La malade meurt après 4 jours d'apyrexie, au 11^e jour de l'affection.

OBSERVATION XII (de M. BRINDEAU)

Primipare de 30 ans. Début de l'affection au 8^e mois de la grossesse, avec état de torpeur très prononcé et paralysie faciale.

On note une éruption d'aspect scarlatiniforme.

Accouchement artificiel à terme. Application de forceps pour ralentissement des bruits du cœur. Garçon vivant, 3.200 gr. L'état général de la malade s'améliore nettement dans les suites de couches et elle sort 15 jours après l'accouchement, en bonne santé.

L'enfant nourri au sein s'alimente de plus en plus mal, dépérit rapidement et meurt 6 semaines après sa naissance.

OBSERVATION XIII (de M. BUE)

Primipare de 41 ans, qui présente au 6^e mois de sa grossesse des tremblements des doigts, des mains et des bras, qui font bientôt place à une hypersomnie marquée sans élévation de température. Accouchement spontané, un peu avant terme, enfant vivant : 2.750 gr.

Après l'accouchement, recrudescence de la léthargie, puis amélioration et guérison complète, 20 jours après l'accouchement.

OBSERVATION XIV (de M. CARNOT)

Forme choréiforme survenant chez une primipare enceinte de 5 mois, apparition d'une éruption purpurique sur le flanc et la cuisse droite. Aggravation rapide de l'état général ; mort 3 semaines après le début.

OBSERVATION XV (de M. CATHALA)

Femme, enceinte et en travail, IV. pare, entre à la Maternité de l'Hôpital St-Louis, le 7 février 1920, Elle aurait présenté, le 1^{er} février, une affection caractérisée : grippe, avec rachialgie, diplopie, mais peu de somnolence. A son entrée elle paraît très fatiguée.

Le même jour, à 16 h., accouchement à terme : enfant vivant : 2.650 gr.

Le lendemain de l'accouchement, la femme est somnolente, indifférente, faciès figé, ptosis. L'hypersomnie s'accroît jusqu'au 15 février. A partir de cette date, les phénomènes s'atténuent.

Le 23 février, la malade quitte la Maternité, parfaitement guérie.

L'enfant, nourri au sein, a augmenté normalement de poids, pesant 2.650 gr. à la naissance, il pèse 2.875 gr. à sa sortie, 15 jours après sa naissance.

OBSERVATION XVI (de M. CHAUFFARD)

Primipare de 24 ans, enceinte de 4 mois, hospitalisée le 25 mars 1918, pour diminution de l'activité physique et intellectuelle.

Forme atypique, parkinsonienne d'encéphalite épidémique, Faciès figé, sans vie. Mouvements ordonnés, lents et pénibles. Mouvements passifs présentant un état catatonique. Pas de modification du psychisme. Température s'élève de 37°5 à 38°, puis 39° les deux derniers jours. Mort, après deux jours de coma, six semaines après le début.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'encéphalite léthargique.

OBSERVATION XVII (de MM. COMMANDEUR et EPARVIER)

Il s'agit d'une jeune femme de 16 ans, primipare, qui entre à la Maternité de la Charité une dizaine de jours avant le terme présumé de sa grossesse, présentant depuis deux jours de l'agitation, des mouvements convulsifs, du subdélire. On note de l'agitation, des hallucinations, des mouvements variés et constants de la tête, des doigts, des membres inférieurs.

Le lendemain de son entrée, dix jours avant le terme présumé *sans que rien n'ait pu faire croire à une période de travail*, le toucher décèle une dilatation complète. Une demi-heure après, accouchement spontané d'un garçon pesant 2.300 gr. L'enfant né en état d'asphyxie bleue reste cyanosé et meurt quinze heures après. Son autopsie révèle une hémorragie méningée et une inondation ventriculaire. Après l'accouchement, les mouvements myocloniques persistent. A l'agitation des premiers jours succède peu à peu un état de somnolence croissante, dont il est de plus en plus difficile de tirer la malade.

La température de 40°, le lendemain de l'accouchement, tombe à 37° le quatrième jour, pour atteindre 41° les der-

niers jours. Le dixième jour, la famille emmène le malade qui meurt dans la nuit.

OBSERVATION XVIII (de MM. COUVELAIRE et TRILLAT)

Primipare de 18 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 29 janvier 1919. Grossesse à terme, ayant évolué sans incidents.

Accouchement spontané le même jour: garçon vivant,

Deux jours après l'accouchement, ptosis de la paupière droite, qui persiste le lendemain et s'accompagne alors de somnolence et de céphalée.

Le 2 février, somnolence continuelle, nystagmus et ptosis, qui persistent les jours suivants et s'accompagnent de raideur de la nuque et de Kernig. Elévation marquée de la température, qui atteint 40°9 le 7 février; en même temps, on perçoit un souffle tubaire au niveau de l'épine de l'omoplate, à gauche.

Le 8 février, température: 41°5. Matité et souffle tubaire à la base gauche. Mouvements carpholagiques et contractions fibrillaires. A 13 h. 30, mort.

L'enfant, nourri au biberon, se développe normalement et était bien portant en décembre 1919.

OBSERVATIONS XIX et XX (de M. DÉMELIN)

Femme ayant présenté des symptômes d'encéphalite léthargique au septième mois de sa grossesse, arrive à terme à la Maternité de Lariboisière, ne présentant plus qu'une paralysie faciale.

Accouchement spontané à terme, garçon, vivant, pesant 3.250, gr. La femme quitte l'hôpital peu après son accouchement, bien portante, ainsi que son enfant. La paralysie faciale persistante est traitée à l'électricité.

La deuxième observation concerne une jeune femme envoyée d'un service de médecine avec le diagnostic d'encéphalite. D. R. 10 juin 1919.

Le 9 avril, fièvre, somnolence, ptosis bilatéral.

Puis, période d'agitation et de délire. Diplopie.

Le 15 avril, au dixième mois de sa grossesse, accouchement spontané à terme fille vivante, pesant 2.600 gr.

Agitation à la suite de l'accouchement. Bientôt, la malade sort de l'hôpital améliorée et l'enfant se développant normalement.

OBSERVATIONS XXI et XXII (de M. DEVRAIGNE)

Primipare, enceinte de trois mois, présente de l'agitation, une insomnie absolue (20 jours sans dormir), des phénomènes de contracture et des secousses musculaires. Après un mois de thérapeutique suivie et malgré un abcès de fixation, Mort au cinquième mois, sans avortement.

Primipare à 4 mois et demi, est prise de torpeur et de somnolence qui s'accroissent et la malade meurt sans avoir accouché quatre semaines environ après le début apparent de l'affection.

OBSERVATIONS XXIII et XXIV (de MM. EUZIERE et CARRIEU)

Femme de 22 ans, enceinte de 4 mois et demi, est hospitalisée le 4 janvier 1921. Présente depuis le 20 décembre 1920 de la somnolence, de la fièvre, elle accuse une diplopie qui aurait duré trois ou quatre jours. L'état va en s'améliorant jusqu'à la fin de janvier où la femme peut être considérée comme guérie. La grossesse n'a pas paru influencée et continue à évoluer normalement, les bruits du cœur du fœtus sont perçus.

Femme enceinte de 7 mois entre à l'hôpital ayant eu depuis 8 jours de la somnolence, de la diplopie et de la céphalée. A son entrée, somnolence, délire, mouvements myocloniques, céphalée et température à 38°5. Après une aggravation passagère de la somnolence et une crise cardiaque avec arythmie, tachycardie et température à 39°, la guérison survient un mois après.

Le fœtus vivant ne paraît pas avoir souffert de la maladie maternelle.

OBSERVATION XXV de MM. FLAISSIER et GAUJOUX

Histoire d'une malade au septième mois de sa grossesse qui après avoir présenté les symptômes d'une infection banale, a réalisé la triade classique : fièvre, somnolence, paralysies oculaires. Malgré la gravité de l'atteinte, cette femme a guéri, et la grossesse a évolué jusqu'au terme, où elle a donné naissance à un enfant vivant bien constitué.

OBSERVATION XXVI de MM. GUILLAIN et GARDIN

Femme enceinte chez laquelle se développe dans la semaine qui suit une encéphalite épidémique un grand syndrome parkinsonien avec hypertonie, attitude soudée, rétro-pulsion et salivation. Grossesse normale; accouchement à terme, application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion. Pas d'aggravation de l'état de la mère. L'enfant pesait 2.760 gr., il fut nourri au sein et ne présenta aucun symptôme pathologique.

OBSERVATION XXVII de MM. KLIPPEL et BARUK

C'est à 8 mois et demi de la grossesse que se manifestent les premiers symptômes qui furent d'abord de la céphalée, de la somnolence; puis survint une période d'agitation extrême pendant laquelle le psychisme de la malade fut très modifié, son caractère irascible et son affectivité très diminuée. De plus, détail curieux, on note à ce moment l'extraordinaire activité de sa mémoire, cette femme rappelle alors les moindres détails de ses notions scolaires. Le jour, la malade semble somnoler, mais présente encore une verbigération continue.

L'accouchement survient dix jours après le début de ces troubles dans des conditions très spéciales. Alors que la malade urinait, la poche des eaux se rompt et l'on aperçoit la tête de l'enfant à la vulve. La malade n'avait manifesté auparavant *aucune douleur*; très rapidement l'enfant est expulsé sans aucunes manifestations extérieures de douleurs. La mère n'eut pas notion de son accouchement et quand, plus tard, on lui présenta son enfant, *elle refusa de le reconnaître comme son fils*.

Dans les suites de couches, la malade présenta une phlébite, des troubles urinaires avec anurie, des troubles respiratoires, polypnée continue et c'est à cette époque que les troubles oculaires, diplopie et strabisme, firent leur apparition.

La malade était soudée, le faciès inexpressif avec des tremblements du bras gauche. Après 6 mois de cet état la somnolence s'atténua, mais les autres symptômes persistent améliorés passagèrement par des abcès de fixation successifs.

L'enfant aussitôt sorti des voies vaginales se mit à crier; il paraissait très vigoureux, c'était un très bel enfant pesant 8 livres et demie, d'aspect tout à fait normal. Il fut d'abord élevé au sein; mais dès le début de l'allaitement l'enfant se modifie; il cesse de crier, il reste inerte, immobile, puis bientôt il entre dans un état de somnolence continuelle. Malgré cet état il continue à prendre ses tétées. Au bout de 8 jours on suspend l'allaitement maternel. Dès que l'enfant est mis au biberon, il sort de sa somnolence, recommence à crier, redevient gai et vivant.

L'enfant âgé de 3 ans n'a jamais présenté de nouveaux symptômes pathologiques, il est bien développé, très vigoureux, très éveillé.

OBSERVATION XXVIII de M. LASSEIGNE

Femme au huitième mois de sa grossesse présentant de la courbature, de la diplopie, du strabisme avec température subfébrile. Quelques jours après, le faciès apparaissait un peu figé, peu expressif avec ptosis bilatéral, la somnolence se manifestait au même moment pour durer une quinzaine de jours. Tous les symptômes s'amendent et l'accouchement a lieu à terme avec forceps. L'enfant pesait 3 kil. 420 et ne paraissait pas influencé par la maladie maternelle. Mère et enfant revus un mois après étaient en bonne santé.

OBSERVATION XXIX de MM. LEREBoullet et Mouzon

Primipare de 22 ans, enceinte de 4 mois, est hospitalisée pour somnolence, céphalée, qui s'accompagnent de ptosis bilatéral, de diplopie et de nystagmus. On note des secousses

musculaires aux membres supérieurs. Puis la somnolence fait place pendant une semaine à des phénomènes confusionnels qui vont en s'atténuant. Apparaissent alors des mouvements ayant l'allure de la chorée molle, puis phénomènes bulbaires : dysarthrie, troubles respiratoires et vaso-moteurs.

Six semaines après le début, expulsion d'un fœtus macéré de 5 mois. Par la suite, amélioration entrecoupée de rechutes.

OBSERVATIONS XXX, XXXI, XXXII et XXXIII de MARINESCO

Femme enceinte de 5 mois et demi, quand se manifestent les premiers symptômes d'encéphalite, mène à bien sa grossesse; accouchement normal à terme, enfant bien portant n'offre aucun des phénomènes morbides de l'encéphalite épidémique.

Six mois après, mère et enfant bien portants.

La seconde malade est atteinte dans le huitième mois de sa grossesse, elle présente de la somnolence et un amaigrissement marqué. Accouchement normal. Enfant non contaminé et bien portant, ainsi que sa mère, six mois après l'accouchement.

La troisième observation se rapporte à une femme qui au cinquième mois de sa grossesse présenta une encéphalite avec insomnie d'abord, puis rapidement hypersomnie, myoclonies et bientôt élévation de la température à 40° et 42° et mort trois semaines après le début de la maladie. On pratique l'autopsie de la mère et du fœtus.

Le cerveau de la mère présente des lésions typiques d'encéphalite épidémique. L'autopsie du cerveau du fœtus révèle des lésions vasculaires d'ordre inflammatoire au niveau des ganglions de la base et surtout dans l'écorce, il y a une infiltration des parois des vaisseaux par des lymphocytes et mononucléaires. Ces lésions réelles étaient cependant moins marquées que celles de la mère.

Le dernier cas enfin est celui d'une multipare au septième mois de sa grossesse qui est amenée à l'hôpital dans un état

de torpeur profonde avec ptosis double et strabisme divergent, température à 39° et pouls à 120. L'état de stupeur se maintenant et l'état général étant grave, on pratique une césarienne conservatrice sans recourir à l'anesthésie. On extrait un fœtus asphyxié qui succombe après quelques inspirations. Pas de pertes de sang ni pendant, ni après l'opération. Après une chute de la température à 38°5, celle-ci s'élève le lendemain à 40° et la mort survient le même jour dans le coma.

OBSERVATION XXXIV de MM. MERCIER, de Tours, ANDRIEUX
et Mlle BONNAUD

Grossesse évoluant normalement chez une primipare jusqu'au terme de 8 mois et quart. A cette époque, apparition de douleurs lombo-abdomino-diaphragmatiques et une semaine plus tard mouvements myocloniques dans les deux membres inférieurs, puis diplopie avec insomnie et délire.

Trois semaines après, hypersomnie progressive. Puis début de travail, mais pas de contractions utérines. Application de forceps.

Dans les suites de couches aggravation très marquée de l'état général. La ponction lombaire révèle une hyperalbuminose et une hyperglycorachie. La malade succombe 18 jours après l'accouchement.

L'enfant, pesant 3 kil. 500 à sa naissance, séparé de sa mère, élevé au lait de vache, puis au lait de chèvre, présente dès la seconde semaine de *petites secousses myocloniques* localisées surtout à la tête et aux membres supérieurs, il rejette sa tête en arrière, se raidit. Les crises s'espacent et diminuent pendant les 3 semaines qui suivent. L'enfant conserve ensuite une certaine excitabilité nerveuse et présente de temps en temps un léger strabisme convergent, il se développe d'une façon satisfaisante et pèse 5 kil. 500 à trois mois.

M. le Professeur Mercier, de Tours, a bien voulu avoir l'obligeance de nous communiquer les nouvelles de l'enfant recueillies à la date du 24 novembre 1925.

« L'enfant actuellement âgé de 5 ans et demi, a une taille

de beaucoup au-dessus de son âge; il pèse 22 kilos. Les secousses myocloniques qui se sont manifestées au début de sa naissance ont cessé au bout de quelques jours et aucun autre signe d'encéphalite ne s'est manifesté chez lui.

« A l'heure actuelle, il urine parfois au lit et s'oublie quelquefois dans la journée : il est porteur de végétations adénoïdes. Il présente en outre une paresse invétérée, anormale même, mais il est impossible de dire si cette paresse tient aux gâteries de l'entourage, ou si elle est consécutive à la maladie, car il commence ses classes seulement depuis un mois. »

OBSERVATION XXXV de M. MILLIAN

Une primipare enceinte de 7 mois au cours d'une convalescence de grippe après disparition des symptômes pulmonaires, est prise de léthargie avec fièvre et inhibition bulbaire et on porte le diagnostic d'encéphalite léthargique. La malade meurt dans le coma 5 jours après le début de la maladie.

OBSERVATIONS XXXVI et XXXVII de M. NETTER

Encéphalite à forme grave, avec fièvre, agitation, secousses musculaires chez une femme de 28 ans enceinte de 3 mois; abcès de fixation au trentième jour de la maladie. Mort.

Encéphalite à forme d'abord léthargique, puis myoclonique évoluant chez une femme de 33 ans enceinte de 8 mois; abcès de fixation au quinzième jour de la maladie. Mort.

OBSERVATION XXXVIII de M. ROUME

Femme de 23 ans, hospitalisée au sixième mois de sa grossesse pour hypersomnie très accentuée, dont on la tire difficilement, s'accompagnant de nystagmus et d'inégalité pupillaire. La ponction lombaire donne un liquide clair très hypertendu sans hyperalbuminose. Bientôt, aggravation rapide de l'état général, élévation de température à 39°, on décide de tenter l'évacuation de l'utérus, mais la mort survient avant l'opération.

OBSERVATIONS XXXIX et XL de M. VALLOIX

Encéphalite épidémique s'étant déclarée chez une primipare enceinte de 5 mois et surtout caractérisée par une somnolence très accentuée simulant une toxémie gravidique avec réaction méningée. Devant la gravité des symptômes on décide de provoquer l'avortement. Sous une anesthésie prudente à l'éther, on dilate le col et on place un ballon de Champetier. Mais la malade se cyanose et malgré tous les moyens employés la mort survient.

Dans la deuxième observation l'auteur cite le cas d'une femme enceinte de 7 mois qui ayant eu dans les deux premiers mois de sa grossesse des vomissements et de la céphalée présente au septième mois de la diplopie et un irrésistible besoin de sommeil. Deux semaines après, l'état général s'aggrave et la malade présente des symptômes d'occlusion intestinale, mais on note en outre chez elle de la somnolence, du ptosis, la perte du réflexe pupillaire à la lumière, de la diplopie et des secousses myocloniques du diaphragme. L'accouchement qui survient prématurément est terminé par une application de forceps, on extrait un fœtus mort et macéré de 7 mois et demi environ et dont la mort semble remonter à 4 ou 5 jours. La mère succombe le lendemain de l'accouchement prématuré.

OBSERVATION XLI de MM. VIDAL et COUVELAIRE

Encéphalite épidémique apparue chez une femme enceinte de 6 mois, d'abord caractérisée par une léthargie très prononcée, puis myoclonies du diaphragme et des membres et dans les dix jours qui ont précédé comme dans ceux qui ont suivi l'accouchement, phénomènes d'excitation avec crises de loquacité verbale. Accouchement normal et à terme d'une fille de 3 kil. 380 qui s'est développée normalement sans présenter aucun stigmate nerveux. La maladie a continué à évoluer après l'accouchement.

OBSERVATION XLII de MM. VINCENT et GAUJOUX

Primipare de 17 ans au cinquième mois de sa grossesse qui, après quelques symptômes généraux banaux, a présenté des troubles oculaires, de la diplopie, une paralysie du droit externe de l'œil gauche et un état de torpeur avec une tendance invincible au sommeil. Puis apparurent bientôt des myoclonies localisées aux membres supérieurs. Le liquide céphalo-rachidien est légèrement hypertendu avec lymphocytose légère. La température est à 38°5.

Un mois environ après le début de l'affection, une amélioration très rapide se manifeste suivie d'une convalescence également courte et la guérison est bientôt complète. La grossesse continue à évoluer normalement.

Accouchement à terme d'un enfant bien constitué.

OBSERVATIONS XLIII et XLV de MM. VORON et PIGEAUD

La première est une primipare enceinte de 3 mois, qui présente tout à coup des malaises, des vomissements, une céphalée violente, une légère diplopie avec température à 38°6. Elle entre dans le service de M. le Docteur Bériel à l'Antiquaille, qui constate, en outre des symptômes précédents, une paraplégie flasque avec abolition des réflexes tendineux. Le Docteur Bériel porte alors le diagnostic de polynévrite de la série encéphalitique.

Très lentement on note la régression de ces différents symptômes et au huitième mois de sa grossesse, la malade peut quitter l'hôpital de l'Antiquaille, elle est envoyée à M. le Professeur agrégé Voron qui porte le diagnostic de fœtus mort *in utero*.

Quelques jours plus tard, expulsion spontanée d'un fœtus macéré et du placenta. Il s'agit d'un *fœtus de trois mois environ* et l'état de macération permet de faire remonter la mort à plusieurs mois.

La seconde est une femme de 19 ans entrée dans le service en février alors enceinte de 6 mois. Depuis la fin de janvier elle présente des troubles nerveux mal précisés, mais s'accompagnant d'une somnolence invincible et permanente avec température à 39°.

Le 12 février est survenu chez elle un accouchement prématuré spontané d'un enfant mort du poids de 1.800 grammes, que l'on apporte à la première infirmerie en même temps que la malade. Celle-ci est plongée dans un profond sommeil, avec une température à 40°, de la polypnée. Après dix jours passés dans cet état la malade est envoyée dans un service de médecine, puis sa famille l'emmène mourante chez elle.

Observations antérieurement publiées à l'Etranger (Résumées)

OBSERVATION XLIV de BASSOÉ

Multipare qui présente au sixième mois de sa grossesse de l'apathie et de la céphalée, puis de la somnolence avec un peu de confusion et de la désorientation, dans le temps, on notait une légère paralysie faciale droite. Son état empira, la température s'éleva à 38°9, puis 40°8. Une gêne marquée de la respiration apparut avec signes d'œdème pulmonaire, la malade mourut 5 semaines après le début de l'affection, sans avoir avorté.

OBSERVATIONS XLV, XLVI et XLVII de DIMITZ

La première observation se rapporte à une femme chez laquelle l'encéphalite a évolué vers la guérison, tandis que la grossesse évoluait elle-même vers un accouchement normal et à terme. L'enfant né vivant ne présentait aucun signe d'encéphalite.

Le second cas est celui d'une femme enceinte dont la mort survint pendant la grossesse sans être précédée de l'expulsion du fœtus.

Dans le dernier cas, l'auteur, devant la gravité de la maladie, accompagnée de délire et de troubles moteurs, résolut de provoquer l'accouchement, la mère fut sauvée et guérit. L'enfant né vivant était bien portant.

OBSERVATION XLVIII de DUNCAN

Duncan signale le cas d'une femme enceinte qui présenta la somnolence et du ptosis de la paupière gauche, mais il ne mentionne pas comment a évolué la maladie.

(OBSERVATION XLIX de GARNETT

Secondipare ayant présenté au huitième mois de sa grossesse une encéphalite épidémique typique avec température à 39°, somnolence marquée, diplopie, ptosis, nystagmus. Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu avec un peu d'hyperalbuminose. L'accouchement survint à terme, sans que la malade se plaignit jamais des douleurs du travail. Dans les jours qui suivirent l'accouchement, on nota une paralysie partielle de la vessie. Le nouveau-né était un enfant normal pesant 3 kil. 030.

OBSERVATION L d'HARRIS

L'infection prise d'abord pour du botulisme survint à la période finale de la grossesse. L'accouchement fut spontané et normal et n'influença pas l'évolution de la maladie qui suivit son cours jusqu'à la guérison. Mais l'enfant né vivant présenta pendant quelques jours de la *somnolence*, de la constipation et de la rétention d'urine donnant l'impression bien que légèrement *des mêmes symptômes que la mère*.

OBSERVATIONS LI et LII de KREISS

Le premier cas est celui d'une secondipare de 24 ans chez laquelle apparaît près du terme une encéphalite léthargique avec mouvements choréiformes. A cause de la présence d'albumine dans les urines, on avait pensé à l'éclampsie. Devant la gravité des symptômes choréïques, on se résout à la césarienne, mais l'enfant ne peut être ramené à la vie. La guérison de l'encéphalite survient chez la mère deux mois après l'intervention.

La seconde malade présente encore une forme choréiforme survenue près du terme. On pratique de même une césarienne qui donne un enfant vivant et la mère guérit quinze jours après l'intervention.

OBSERVATION LIII de NÉAL

Jeune femme de 25 ans qui était enceinte de 5 mois, lorsque survinrent de la fièvre, de la céphalée, des vomissements et du délire accompagnés d'une paralysie faciale. L'examen du liquide céphalo-rachidien dénote une lymphocytose^{abon-}dante et de l'hyperalbuminose. Après une période d'état de deux semaines, la paralysie faciale disparut, la malade guérit progressivement et accoucha normalement à terme.

OBSERVATION LIV de NOVAES SOUSA

Femme à terme présentant des secousses musculaires violentes et rapides au niveau de la paroi abdominale et du diaphragme; en même temps ptosis palpébral avec paralysie oculaire plus accentuée à droite. Accouchement spontané et *sans douleurs* six jours après le début de la maladie. Après l'accouchement, aggravation de tous les symptômes avec apparition de fièvre et de céphalée violente, puis de somnolence. Trois jours après l'accouchement survient un délire agité avec début de paralysie faciale. Le cinquième jour la malade meurt dans le coma.

L'enfant vivant, pesant 4.250 grammes, est fortement cyanosé, il présente une éruption de papules coniques, ecchymosées, sur la face, le cou et le thorax. *Myoclonies du même type et avec la même localisation que celles de la mère.* Le lendemain de l'accouchement la cyanose disparaît. Trois jours après, l'éruption de papules disparaît à son tour et les myoclonies s'atténuent pour disparaître tout à fait le sixième jour. L'enfant est remis à la famille en parfait état et en bonne voie de croissance.

OBSERVATIONS LV et LVI de PANSERA

Forme grave d'encéphalite épidémique avec paralysies oculaires et mouvements choréiformes survenue au huitième mois de la grossesse. On provoque l'accouchement le neuvième jour de la maladie, mais la mort survient néanmoins le lendemain de l'accouchement.

Dans la seconde observation la maladie est apparue au cinquième mois de la grossesse et la mort survint au neuvième jour de l'affection sans être précédée de délivrance.

OBSERVATION LVII de A. PIMENTA

L'encéphalite se déclare chez une femme à terme, elle est caractérisée par de la somnolence et des troubles oculaires. L'accouchement survient le lendemain, spontané et normal. L'enfant est mort-né.

Après l'accouchement on note une aggravation très nette de tous les symptômes et la malade succombe douze jours après l'accouchement.

OBSERVATION LVIII de PUTNAM

Encéphalite épidémique survenue chez une multipare au huitième mois de sa grossesse. L'hypersomnie alla en s'accroissant et trois semaines après le début de la maladie l'accouchement survint, *la malade ne se réveilla pas pendant l'accouchement* qui dura 4 heures. L'enfant était mort-né. Quatre jours après l'accouchement, la malade mourut.

OBSERVATION LIX de RÉPOND

L'encéphalite survient chez une femme à terme. Après l'accouchement, légère amélioration, d'ailleurs passagère, puisque la mort survient néanmoins dans les suites de couches. L'état de l'enfant n'est pas noté.

OBSERVATION LX de MM. RÉPOND et WERRA

Femme de 42 ans ayant eu deux ans auparavant une grippe caractérisée par une très forte somnolence présente au neuvième mois de sa grossesse un irrésistible besoin de sommeil qui s'accroît progressivement et s'accompagne de délire agité. Cet état persiste une quinzaine de jours sans que la grossesse paraisse influencée. Puis l'état général s'aggrave rapidement : les bruits du cœur fœtal deviennent subitement mauvais et sans qu'il y ait début de travail, la léthargie devient complète, la température atteint 41°5 et la malade succombe 24 heures après la mort du fœtus.

OBSERVATIONS LXI et LXII de SACKS

Dans le premier cas, aux symptômes habituels d'encéphalite épidémique survenue ici chez une femme enceinte, se surajoutent une atrophie marquée des muscles des membres supérieurs et un tremblement des mains. La malade succombe environ quatre semaines après le début de la maladie sans délivrance.

Dans le second cas, l'encéphalite revêtait également une forme grave et la mort survint un mois après le début de l'affection sans expulsion du fœtus.

Dans les deux cas le liquide céphalo-rachidien contenait 20 lymphocytes.

OBSERVATIONS LXIII et XLIV de SANTI

La première observation se rapporte à une femme enceinte de 8 mois chez qui apparut une encéphalite épidémique grave. Aussi, devant la gravité de l'état général, l'auteur intervint en provoquant l'accouchement; il eut un enfant vivant, mais la mère succomba. L'enfant se développa normalement.

Le deuxième cas est celui d'une femme qui présenta les premiers symptômes d'encéphalite léthargique alors qu'elle était enceinte de 8 mois. Accouchement prématuré à 8 mois. La mère guérit complètement une quinzaine de jours après l'accouchement.

L'enfant pesant 2.000 grammes à sa naissance et nourri au sein se développa normalement durant les sept premiers jours, puis présenta ensuite *tous les symptômes d'encéphalite léthargique* et en particulier une somnolence absolue à partir du dixième jour. Il mourut douze jours après sa naissance. Son autopsie révéla une hyperémie marquée des vaisseaux méningés.

OBSERVATION LXV de SCHULZE

Encéphalite épidémique apparue chez une femme dont le terme présumé de la grossesse était dépassé d'un mois. Accouchement normal d'un enfant vivant pesant 4 kil. 600. La malade, après une amélioration manifeste de la maladie, meurt vingt-six jours après l'accouchement d'embolie pulmonaire. L'autopsie révèle une thrombose des deux veines fémorales et une embolie pulmonaire bilatérale. En outre, l'examen microscopique révèle les altérations caractéristiques de l'encéphalite léthargique.

OBSERVATION LXVI de TIAGO D'ALMEDA

Femme enceinte de 7 mois présentant une encéphalite épidémique avec hypersomnie accentuée et paralysies oculaires. Trois semaines plus tard, accouchement prématuré. Enfant mort-né. La mère succombe 8 jours après l'accouchement.

OBSERVATIONS LXVII et LXVIII de MM. PULIDO VALENTE
et MORAES DAVID

Dans la première observation, l'encéphalite survenue au septième mois de la grossesse revêtit une forme légère et la guérison survint six semaines après le début, la grossesse suivant normalement son cours.

Le deuxième cas est celui d'une femme chez laquelle apparut au deuxième mois de la grossesse un Parkinson post-encéphalitique qui ne parut pas influencer la grossesse, laquelle suivit son cours normalement.

NOMS des AUTEURS FRANÇAIS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	DEBUT de la MALADIE	MÈRE			ACCOUCHEMENT				ENFANT				OBSERVATIONS		
			Guérie	Morte	Evolution vers le Parkinson	Terminaison inconnue	Avortements et accou- chements prématurés	Au cours de la maladie	Avant la maladie	Après la guérison	Mort pendant la grossesse	Mort pendant le travail	Né vivant		Bien portant	Après la naissance
Brindeau et Four- nier	1 (Obs. personnelle)	Après l'accouchement	1						1					1		Apparition de l'encéphalite le lendemain de l'accouchement. Evo- lution en un an vers amélioration considérable.
Brindeau	2	Avant la grossesse			1				1					1	1	Encéphalite au cours d'une pre- mière grossesse, réapparition lors d'une seconde grossesse; troisième grossesse en plein Parkinson.
Siguret	3 (Obs. inédite)	A 3 mois	1						1					1	1	Guérison 6 semaines environ après l'accouchement. Paralyse partielle de la vessie pendant une semaine.
Voron et Rhenter	4	Avant la grossesse			1				1					1	1	Grossesse au cours d'un Parkin- son post-encéphalitique.
Bériel	5	1 ^{re} grossesse Encéphalite 2 ^e grossesse Parkinson			1				1					1	1	Première grossesse au stade encé- phalitique. Deuxième, au stade par- kinsonnien; enfant mort de mé- ningite ?
Bériel	6	1 ^{re} grossesse Encéphalite 3 ^e accouchement Parkinson			1				1					1		Première grossesse, encéphalite. Deuxième grossesse sans aucun symptôme. Parkinson après un troisième accouchement. 3 enfants vivants.
Lépine et Trillat	7	Au 3 ^e mois							1					1	1	Légère aggravation après l'ac- couchement.
Froment et Bou- chet	8	A terme			1				1					1	1	Aggravation après l'accouche- ment. Enfant bien portant.

Achard	9	<i>Acad. de Médecine</i> , 7 juin 1921.	Au 6 ^e mois	1	1	1	Expulsion du fœtus à 6 mois. Mort de la mère le lendemain.
Andérodias	10	<i>Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.</i> , n° 4, 1910.	Au 8 ^e mois	1	1	1	Accouchement <i>sans douleurs</i> à 8 mois 1/2. Enfant bien portant.
Audry et Froment.	11	<i>Lyon Méd.</i> , 25 juin 1920.	Au 5 ^e mois	1			Mort de la mère un mois après l'accouchement.
Brindeau	12	Robinson, <i>Th. Paris</i> , 1920-1921, n° 235.	Au 8 ^e mois	1	1	1	Malade meurt 11 jours après le début, sans avortement.
Bué	13	<i>Echo Médical du Nord</i> , 10 av. 1920.	Au 6 ^e mois	1	1	1	Accouchement artificiel. Amélioration et guérison 15 jours après l'accouchement. Mort de l'enfant 6 semaines après.
Carnot	14	<i>Soc. Méd. des Hôp. Paris</i> , 30 janvier 1920.	A 5 mois	1			Aggravation après l'accouchement, puis guérison 20 jours après l'accouchement.
Cathala	15	Robinson, <i>Th. Paris</i> , 1921.	Après l'accouchement	1	1	1	Mort 3 semaines après le début sans avortement.
Chauffard	16	<i>Soc. Méd. des Hôp. Paris</i> , 24 mai 1918.	A 4 mois	1			Premiers symptômes le lendemain de l'accouchement. Guérison 3 semaines après le début. Enfant bien portant.
Commandeur et Epavlier	17	<i>Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.</i> , n° 5 1920.	Près terme	1	1	1	Mort six semaines après le début de l'affection.
Convelaire et Trillat	18	<i>Obst. et Gyn.</i> , n° 1, 1920.	Après l'accouchement	1	1	1	<i>Période de travail passée inaperçue</i> . Enfant cyanosé, meurt 15 heures après. Mère meurt 10 jours après l'accouchement.
Demelin	19	Robinson, <i>Th. Paris</i> , 1921.	Au 7 ^e mois	1	1	1	Encéphalite 2 jours après l'accouchement. Mort 10 jours après l'accouchement. Enfant bien portant.
Demelin	20	Robinson, <i>Th. Paris</i> , 1921.	A terme	1	1	1	Guérison avant l'accouchement, mais persistance d'une paralysie faciale.
							Accouchement au 10 ^e mois. Amélioration après l'accouchement.

NOMS des AUTEURS FRANÇAIS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	DÉBUT de la MALADIE	MÈRE			ACCOCHEMENT				ENFANT				OBSERVATIONS
			Guérie	Morte	Evolution vers le Parkinson	Terminaison inconnue	Au cours de la maladie		Mort pendant la grossesse	Né vivant	Après la naissance			
							Avant l'accouchement	Après l'accouchement			Avant l'accouchement	Après l'accouchement	Avant la maladie	
Devraigne	21 Robinson, Th. Paris, 1921.	A 3 mois		1										Mort au 5 ^e mois sans avortement.
Devraigne	22 Robinson, Th. Paris, 1921.	A 7 mois		1										Mort sans avortement 4 semaines après le début.
Euzière et Carrieu.	23 Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier, 1921.	A 4 mois 1/2	1											Guérison avant l'accouchement. Evolution de la grossesse n'est pas influencée.
Euzière et Carrieu.	24 "	A 7 mois	1											Guérison 1 mois après le début. Grossesse non influencée.
Flaissier et Gaudoux	25 Soc. d'Obst. et Gyn. Montpellier., 4 déc. 1920.	Au 7 ^e mois	1					1		1	1			Guérison avant l'accouchement normal et à terme.
Guillain et Gardin	26 Soc Méd. des Hop. Paris, 28 oct. 1921.	A 8 mois 1/2		1				1		1	1			Parkinson au 8 ^e jour de l'encéphalite. Accouchement artificiel.
Klippel et Baruk...	27 Revue Neurol., Paris, 1923.			1				1		1	1	1		Accouchement sans douleurs. Symptômes d'encéphalite chez l'enfant pendant la semaine que dura l'allaitement maternel..
Lasseigne	28 Fabre H., Thèse Montpellier., 1920-21, n° 59.	Au 8 ^e mois	1					1				1	1	Accouchement artificiel à terme.
Lereboullet et Mouzon	29 Soc. Méd. des Hôp. Paris, mars 1920.	A 4 mois					1						1	Expulsion d'un fœtus macéré de 5 mois.

semaines après l'accouchement.									
"	31	Rev. Neurol., 1921, n° 1.	Au 8° mois	1			1	1	Guérison après l'accouchement.
"	32	Acad. de Médecine, 12 juillet 1921.	Au 5° mois	1					Mort 3 semaines après le début. Autopsie du fœtus révèle des lésions légères d'encéphalite.
"	33	Acad. de Médecine, 12 juillet 1921.	Au 7° mois		1		1		Césarienne à 7 mois. Fœtus asphyxié, meurt après quelques inspirations. Mort de la mère le lendemain.
Mercier	34	Presse Méd., 4 juin 1921.	A 8 mois 1/4	1			1	1	Accouchement artificiel. Mort de la mère 3 semaines après. Symptômes d'encéphalite chez l'enfant.
Millian	35	Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 mai 1919.	A 7 mois	1					Forme suraiguë, mort en 4 jours.
Netter	36	Acad. de Médecine, 6avril 1920.	A 3 mois	1					Mort 1 mois après le début.
Netter	37	Acad. de Médecine, 6avril 1920.	A 8 mois	1					Mort 15 jours après le début.
Roume	38	Soc. Sciences Méd. et Biol., Montpelier, nov. 1920.	A 5 mois	1					Mort sans avortement au 5° mois.
Valloix	39	Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 1920.	A 5 mois	1					Accouchement provoqué. Mort pendant l'intervention.
Valloix	40	Fabre, H., Thèse Montpel., 1920-1921.	A 7 mois	1		1		1	Extraction au forceps à 8 mois d'un fœtus mort et macéré depuis 4 ou 5 jours environ. Le lendemain, mort de la malade.
Vidal et Couvelaire	41	Robinson, Th. Paris, 1920-1921.	A 6 mois		1	1		1	Enfant bien portant 9 mois après.
Vincent et Gaujoux	42	Rev. Franç de Gyn. et d'Obst., mars 1921.	A 4 mois 1/2	1			1	1	Guérison au 6° mois.
Voron et Pigeaud	43	Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 1925.	A 3 mois	1		1		1	Fœtus macéré de 3 mois. Expulsé à 8 mois.
Voron et Pigeaud	44	Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 1925.	A 6 mois		1		1	1	Accouchement prématuré à 7 mois d'une enfant mort.

Novaès e Sousa.....	54 Jorge, Paris Méd., 4 juin 1921.
Pansera	55 Policlinico, mars 1920.
Pansera	56 Policlinico, mars 1920.
Pimenta	57 Méd. Mod., Porto, janvier 1920.
Putnam	58 J. Missouri, Med. Ass., août 1919.
Repond	59 Neurol. Centralbl., juin 1920.
Repond et Wera..	60 Rev. Méd. Suisse Rom., mai 1920.
Sacks	61 New-York Med. Journ., mai 1919.
Sacks	62 New-York Med. Journ., mai 1919.
Santi	63 Policlinico, août 1920.
Santi	64 Rassegna d'ostetri- cia e gynecologia, juin 1920.
Schulze	65 Journ. Amer. Med. Ass., mars 1920.
Tiago d'Almeda .	66 Méd. Mod., Porto, janvier 1920.
Valente et Moraes David	67 Jorge, Paris Méd., 4 juin 1921.
Valente et Moraes David	68 Jorge, Paris Méd., 4 juin 1921.

Résultat général des trois tableaux

MÈRE

- 8 guérisons avant l'accouchement ;
- 15 guérisons après l'accouchement ;
- 17 morts avant l'accouchement ;
- 16 morts après l'accouchement ;
- 8 évolutions vers le Parkinson ;
- 4 terminaisons inconnues.
- 13 avortements et accouchements prématurés ;
- 30 accouchements à terme ;
- 2 accouchements après le terme présumé.
- 3 accouchements avant la maladie.

ACCOUCHEMENT

- 4 accouchements après la guérison ;
- 4 accouchements provoqués ;
- 3 césariennes ;
- 4 applications de forceps ;

ENFANT

- 5 fœtus morts pendant la grossesse ;
 - 4 fœtus morts pendant le travail ;
 - 25 nés vivants ;
 - 2 morts dans les 24 premières heures ;
 - 5 enfants ayant présenté des symptômes d'encéphalite épidémique.
-

ETUDE CRITIQUE

Des observations précédentes et des tableaux qui nous ont permis de résumer les 68 observations que nous avons pu recueillir, nous allons nous efforcer de dégager les particularités cliniques, qui caractérisent l'évolution de l'encéphalite épidémique, quand celle-ci survient au cours de la grossesse et de la puerpéralité.

Nous nous attacherons à préciser l'influence de la maladie sur la gestation, l'accouchement, la vie et la mort de l'enfant.

Nous diviserons notre étude en trois chapitres :

1° *L'encéphalite par rapport à la mère ;*

2° *L'accouchement chez la femme enceinte atteinte d'encéphalite épidémique ;*

3° *L'encéphalite par rapport à l'enfant.*

Ce dernier chapitre, bien peu étudié jusqu'à présent, semble présenter au contraire le plus haut intérêt. Aussi, les quelques observations d'enfants ayant présenté à leur naissance des manifestations d'encéphalite nous permettront-elles, en nous appuyant d'autre part sur les expériences de MM. Levaditi, Harnier et Nicolau, de tirer quelques indications pour la vie et l'allaitement de l'enfant.

CHAPITRE PREMIER

La Mère

L'examen de notre tableau nous permet de rapprocher les uns des autres, pour une même étude, les cas où les aboutissants ont été les mêmes.

Nous pouvons constater qu'il y eut :

- 1° 8 *guérisons au cours de la gestation ;*
- 2° 16 *guérisons après l'accouchement ;*
- 3° 17 *morts au cours de la gestation ;*
- 4° 15 *morts après l'accouchement ;*
- 5° 8 *cas dont l'évolution pathologique continue après l'accouchement.*

Et enfin, 4 terminaisons inconnues.

Avant de discuter le chiffre des guérisons, nous tenons à faire remarquer tout d'abord que nous avons dû confondre sous la même appellation les guérisons réelles et les guérisons apparentes.

Sans vouloir développer ici la question du Parkinson post-encéphalitique, plus spécialement étudié dans notre paragraphe 5, il nous faut cependant donner un aperçu de l'évolution possible de l'encéphalite.

Les premiers auteurs qui, au cours des années 1918, 1919 et 1920, devant la disparition parfois complète des symptômes pathologiques, affirmaient la guérison de l'encéphalite épidémique, étaient, nous semble-t-il, en droit de le faire, car rares encore à cette époque étaient les cas de Parkinson post-encéphalitique. Depuis quelques années, au contraire, le nombre de malades présentant un syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite épidémique est devenu trop considérable pour que nous puissions affirmer la guérison. Celle-ci cependant nous paraît nettement établie, pour un certain nombre de femmes qui, dans les cinq ou six années écoulées depuis l'évolution de leur encéphalite, n'ont présenté aucun symptôme pathologique.

Mais, à côté de trop rares observations sur lesquelles nous avons pu recueillir des renseignements récents, nous n'avons à notre disposition, la plupart du temps, que ceux fournis par les auteurs dans les semaines ou les mois qui ont suivi la guérison.

Pour ces raisons, nous préférons employer le terme de guérisons apparentes.

Ces réserves formulées, nous constatons que :

**1° *Huit de nos malades ont guéri au cours
de leur grossesse***

La période d'état de la maladie d'une durée minima de 2 semaines comme dans l'observation de Néal (obs. 53) n'a pas dépassé 6 semaines, cas de Valente et Moraes David (obs. 67). Ce furent donc toujours

là des formes légères qui ne furent pas influencées par la grossesse et restèrent sans influence sur celle-ci.

2^o *Quinze femmes ont guéri après l'accouchement*

Nous ne pouvons plus parler ici d'atteintes légères, plusieurs d'entre elles ayant évolué pendant cinq mois, cependant là encore il y eut rarement danger pour la mère,

Le plus souvent l'accouchement eut lieu à terme sans incidents et, sauf dans l'observation de Harris, l'enfant ne présenta jamais de symptômes d'encéphalite.

Dans les 2 cas de Kreiss, l'auteur pratiqua une césarienne à terme, l'un des enfants ne put être ranimé, mais les 2 mères guérèrent respectivement 1 mois et quinze jours après l'accouchement.

3^o *Dix-sept femmes sont mortes pendant la gestation*

A côté des cas rapportés ci-dessus, où l'évolution fut heureuse, plus nombreux sont ceux où la mort survint.

La plupart des malades meurent sans avorter. le fœtus succombe *in utero* et n'est pas expulsé.

Cependant, dans le cas de M. Achard (Obs. 9) l'encéphalite apparue au sixième mois de la grossesse évolue en 12 jours vers la mort et la malade meurt le lendemain de l'expulsion du fœtus.

La mort du fœtus *in utero*, quand elle peut être constatée, survient le plus souvent un ou deux jours avant la mort de la mère, cas de MM. Repond et Werra (obs. 56).

Dans tous ces cas, nous avons affaire à une forme grave d'emblée, dont la période d'état dépasse rarement un mois et peut être beaucoup plus courte, 11 jours dans l'observation de MM. Audry et Froment (obs. 11), 9 jours dans celle de Pausera (obs. 56) et même revêtir une allure suraiguë, cas de M. Millian (obs. 35).

4^o *Seize femmes sont mortes après l'accouchement*

Celui-ci n'est pas toujours un accouchement normal à terme, mais bien souvent aussi un accouchement prématuré ou bien encore un accouchement provoqué ou une césarienne conservatrice, comme nous le verrons au chapitre suivant, en étudiant l'influence de l'accouchement sur l'évolution de l'encéphalite épidémique.

Chez quelques-unes de ces femmes la grossesse évolue d'une manière parfaitement normale et c'est seulement dans les suites de couches immédiates que se manifeste l'affection qui revêt alors le plus souvent une forme grave d'emblée, tel est le cas relaté par MM. Couvelaire et Trillat (obs. 18), dans lequel la maladie frappant la parturiente 2 jours après l'accouchement, évolue rapidement vers la mort qui survint le dixième jour

Très grave fut également la forme présentée par la

malade de notre première observation. Et elle ne succomba pas comme la malade précédente, son état fut du moins des plus inquiétants pendant plusieurs jours. Nous avons également rangé parmi les cas survenus au cours de la puerpéralité, celui de Cathala, mais le début de l'affection est ici difficile à préciser, la malade ayant présenté chez elle, les jours précédents, des troubles mal caractérisés.

Bien que le nombre en soit insuffisant, les deux premières observations nous permettent, semble-t-il, de considérer comme grave l'évolution de l'encéphalite apparue pendant les suites de couches. Et si nous rappelons à nouveau les 16 autres morts survenues pour la plupart dans les jours qui suivirent l'accouchement, nous sommes en droit d'affirmer que la période dite des suites de couches doit être considérée comme dangereuse pour la femme atteinte d'encéphalite épidémique.

L'affaiblissement et la moindre résistance de la femme (anergie post-partum) facilite peut-être l'imprégnation du virus qui ne rencontre plus ici la résistance du sujet atteint en pleine santé, aussi notre pronostic à cette époque sera-t-il très réservé.

L'examen des paragraphes précédents nous permet, en éliminant les cas dont la terminaison ou l'évolution ne sont pas indiquées, de nous faire une idée de la gravité de l'infection.

Nous avons :

33 cas de mort ;

23 guérisons apparentes ;

8 évolutions vers le Parkinson.

33 morts sur 64, soit une proportion légèrement supérieure à 50 %.

Or nous savons, d'après les travaux de M. Netter et de plusieurs autres auteurs, que la mortalité de l'encéphalite est évaluée à 25 % environ.

Ces chiffres suffisent à montrer la gravité considérable de l'encéphalite épidémique lorsqu'elle survient chez une femme au cours de la grossesse.

5^o Cas dont l'évolution pathologique continue après l'accouchement

Plusieurs d'entre eux sont relatifs à des femmes qui quittent l'hôpital, plus ou moins améliorées, et sont perdues de vue par les auteurs.

Certaines évolutions sont des plus longues; tel est le cas de notre première malade que nous avons pu suivre à intervalle de quelques mois dans le service de notre Maître le Docteur Fournier, où son hospitalisation dura un an.

Cette malade, transportée de la Clinique obstétricale Tarnier à l'hôpital Cochin dans un état particulièrement grave fut améliorée après des injections intrarachidiennes de virus-vaccin atténué de Levaditi; elle resta cependant près de 8 mois sans pouvoir s'astreindre à aucun travail suivi. Elle s'endormait en mangeant, en lisant et ne pouvait fixer son attention au delà de quelques minutes. A partir de janvier, l'amélioration alla s'accroissant et elle sortit de l'hôpital en avril dernier. Nous avons pu obtenir de ses nouvelles récemment : elle est actuellement vendeuse

depuis plusieurs mois dans un grand magasin et, bien que ressentant encore de temps à autre quelques envies de dormir, elle peut assurer un service assez fatigant et exigeant une certaine attention.

Mais il est assez rare de trouver des formes dont l'évolution au stade encéphalitique soit aussi longue. Nous nous trouvons plus fréquemment en présence de malades qui, après leur atteinte d'encéphalite, conservent des symptômes atténués : myoclonies légères, paralysie faciale — cas de Démelin (obs. 19) — légère tendance à la somnolence, ptosis : symptômes qui peuvent ne réapparaître que par intervalles et en particulier à l'occasion d'une grossesse, comme chez la malade de M. Bériel (obs. 6), malaises à la troisième grossesse; ces symptômes au lieu de disparaître tout à fait peuvent évoluer vers le Parkinson.

A côté de ces cas, il en est d'autres, où nous trouvons des intervalles plus ou moins longs sans aucun symptôme morbide; tel est celui de notre deuxième malade, tel aussi le cas bien curieux de cette malade du Docteur Bériel qui après une première grossesse au cours de laquelle elle avait présenté des symptômes d'encéphalite choréiforme, enceinte de nouveau à cette fois une grossesse et des suites de couches parfaitement normales; ce n'est qu'à la troisième grossesse que réapparaissent de nouveaux malaises signes prémonitoires, semble-t-il, d'un Parkinson latent qui devait prendre une allure caractéristique après l'accouchement.

Combien en avons-nous vu de ces infortunés at-

teints d'encéphalite léthargique au cours des épidémies de 1918 et de 1920 qui, après une période de calme marquée seulement par quelques symptômes atténués ou bien en parfaite santé apparente (leur permettant de mener alors une existence normale) subissaient un jour les premières atteintes du redoutable syndrome parkinsonien.

Cette évolution nous la retrouvons dans huit de nos observations. Si nous remarquons que, dans onze cas seulement, nous avons pu recueillir des nouvelles de la femme quelques années après son encéphalite, nous sommes obligés de mettre de côté les malades des (observations 1 et 7) que nous ne sommes pas en droit de considérer à l'abri du Parkinson post-encéphalitique. Une seule observation nous reste, celle de M. Siguret (obs. 3) dans laquelle la femme guérie en septembre n'a depuis cette date présenté aucun nouveau symptôme.

Nous avons tenu à mettre en évidence cette fréquence considérable du syndrome parkinsonien consécutif à l'encéphalite léthargique et la relation de ces faits est suffisante pour nous défendre en présence d'une convalescence d'encéphalite léthargique de porter un pronostic éloigné trop assuré et trop confiant.

Il nous faut reconnaître qu'en ce qui concerne la gestation, *celle-ci ne paraît pas aggraver le Parkinson, qui ne semble pas à son tour avoir une influence néfaste sur le cours de la grossesse.*

En effet, parmi les 4 femmes chez lesquelles la grossesse évolua en plein syndrome parkinsonien, pre-

mière observation de M. Bériel; deuxième grossesse (Obs. 5) ; observation de MM. Voron et Rhenter (Obs. 4) ; observation de MM. Guillain et Gardin (Obs. 26) et deuxième observation de MM. Valente et Moraes David (Obs. 68), aucune ne présenta d'accidents graves ; les accouchements eurent lieu à terme et les enfants naquirent vivants et bien constitués.

CHAPITRE II

L'accouchement

Nous diviserons ce chapitre en quatre paragraphes qui nous permettront d'étudier successivement :

1° *Les accouchements à terme.*

2° *Les avortements et les accouchements prématurés.*

3° *Les accouchements provoqués et les césariennes.*

4° *Les accouchements sans douleurs.*

Sur le chiffre total de 47 accouchements indiqué dans nos observations, 40, seulement, se produisirent au cours de la maladie; 3 étant survenus avant l'apparition de l'encéphalite et les 4 autres ayant eu lieu après la guérison.

Ce chiffre de 40, désignant les avortements et les accouchements, n'est encore pas exact, puisque 4 fois, l'accouchement fut provoqué et 3 fois, on pratiqua la césarienne conservatrice. On devrait donc, en définitive, le ramener à 32.

1^o *Accouchement à terme*

Dans la majorité des cas, l'accouchement s'est fait à terme, et, le plus souvent, sans incidents. La durée du travail a été normale et l'expulsion s'est produite assez rapidement.

4 accouchements, cependant, nécessitèrent une application de forceps, deux pour lenteur de la période d'expulsion — cas de Guillaïn et Gardin (Obs. 26) et de Lasseigne (Obs. 28) — ; un pour ralentissement des bruits du cœur du fœtus, — Brindeau (Obs. 12) — ; et un autre pour absence de contractions utérines — Mercier (Obs. 34).

2^o *Avortements et accouchements prématurés*

En laissant de côté une césarienne et 2 accouchements provoqués avant terme, nous constatons que 10 fœtus furent expulsés avant que le terme de la grossesse ne soit atteint.

Parmi ceux-ci, trois d'entre eux, exposés dans les observations de MM. Andérodias (Obs. 10), Bué (Obs. 13), Commandeur et Eparvier (Obs. 17), eurent lieu tout près du terme et un seul enfant souffrit ; celui de MM. Commandeur et Eparvier qui, né cyanosé, mourut quinze heures après sa naissance ; mais le traumatisme d'un accouchement trop rapide eut ici une importance bien plus grande que la prématuration.

Parmi les 7 fœtus expulsés avant 8 mois et demi, un

seul naquit vivant, celui de Santi (Obs. 64), mais succomba rapidement, après avoir présenté des symptômes d'encéphalite. Un autre, prématuré de 8 mois, — cas de Tiago d'Almeda (Obs. 66) — mourut au cours du travail. Quant aux cinq autres, ils avaient succombé avant le début du travail.

Deux grossesses semblent avoir évolué *au delà du terme présumé*, tels sont les cas de M. Demelin (Obs. 20) et de Schulze (Obs. 65). L'accouchement se serait produit 310 et 305 jours après les dernières règles et les poids des 2 enfants, à la naissance, étaient respectivement 2.600 et 4.600 grammes

3^o *Accouchements provoqués et césariennes*

4 fois l'accouchement fut provoqué.

Valloix (Obs. 39), devant l'extrême gravité de l'affection, décide d'évacuer l'utérus, mais la femme succombe au cours même de l'intervention. Dans le cas de Dimitz (Obs. 48), l'allure très sérieuse de la maladie qui s'accompagnait de délire et de troubles moteurs, incita l'auteur à intervenir; la femme et l'enfant furent sauvés. Santi (Obs. 63), lui aussi, intervint en provoquant l'accouchement chez une femme enceinte de 8 mois; il eut un enfant vivant, mais la mère succomba. Dans l'observation de Pansera (Obs. 55) où l'accouchement fut provoqué à 8 mois, nous ne savons pas quel fut le sort de l'enfant, mais la mère succomba le lendemain de l'intervention.

3 fois, les auteurs pratiquèrent une césarienne.

Marinesco (Obs. 33), devant la gravité de l'état gé-

néral, avec torpeur profonde, pratiqua, chez une femme enceinte de 7 mois, une césarienne conservatrice, sans avoir recours à l'anesthésie. Le fœtus, asphyxié au moment de son extraction, succomba après quelques inspirations ; la mère mourut le lendemain de l'intervention.

Kreiss, pratiqua 2 fois la césarienne près du terme, un des enfants était mort-né, mais les 2 mères survécurent et guérèrent.

Nous voyons, dans les 7 cas où l'on eut recours à l'intervention, 3 fois la mère survécut, après un accouchement provoqué et après 2 césariennes. De même, 3 enfants seulement survécurent, 2 nés dans un accouchement provoqué et 1 extrait par césarienne.

4^o **Accouchements sans douleurs**

Bien que normal, l'accouchement a revêtu, dans certains cas, un caractère spécial : *l'indolence*.

La malade de Putnam (Obs. 58), chez laquelle la léthargie était devenue très profonde, ne *se réveilla pas pendant le travail*, qui dura 4 heures.

La malade d'Andérodias (Obs. 10), bien que primipare, n'accusa *aucune douleur*, pendant les dix heures que dura le travail.

La malade de Garnett (Obs. 49) *ne se plaignit pas des douleurs du travail* et dit que bien qu'elle les eût ressenties, les douleurs ne lui firent que peu de mal.

Dans l'observation de MM. Klippel et Baruk (Obs. 27), l'auteur s'exprime ainsi : « Jusqu'à ce que la tête apparaisse à la vulve, la malade n'avait manifesté

aucune douleur ; très rapidement l'enfant est expulsé, sans que la mère sorte de son état de somnolence, sans que l'on constate des coliques d'expulsion, *sans aucune manifestation extérieure de douleurs*. La mère n'eut pas notion de son accouchement ; plus tard, quand elle fut sortie de son état de somnolence, et qu'on lui présenta son enfant, elle refusa de le reconnaître comme son fils. »

Dans le cas de Novaes e Sousa (Obs. 54), l'accouchement survint également sans douleurs.

Enfin, MM. Commandeur et Eparvier, s'expriment ainsi au sujet de leur malade : « *Sans qu'on ait constaté aucun signe qui puisse faire croire à une période de travail*, il semble que la malade pousse : un toucher, pratiqué à ce moment, décèle une dilatation complète. »

Ces 6 observations d'accouchements indolores, nous donnent un pourcentage de 15 % environ.

Il y a là une analgésie spéciale, qui serait peut-être à rapprocher des paresthésies signalées dans l'infection léthargique. Il faut remarquer aussi que, dans les cas où la délivrance s'est effectuée sans douleurs, le psychisme de la malade était le plus souvent plus ou moins modifié.

CHAPITRE III

L'enfant

Sur les 47 avortements et accouchements au voisinage du terme, une seule fois, dans l'observation de Repond (Obs. 59), il n'est pas fait mention de l'état du nouveau-né. Les autres se répartissent ainsi :

5 fœtus morts pendant la grossesse.

4 fœtus morts pendant le travail.

35 enfants nés vivants.

Parmi les 5 fœtus morts au cours de la grossesse, 3 sont *macérés*. Dans l'observation de MM. Lereboullet et Mouzon (Obs. 29), il y eut, à 5 mois et demi environ, expulsion d'un fœtus macéré de 5 mois. Dans l'observation de M. Valloix (Obs. 40), on pratiqua, à 8 mois, l'extraction au forceps d'un fœtus mort et macéré depuis 4 ou 5 jours. Le cas de M. Voron (Obs. 43), est encore plus intéressant à ce sujet ; l'auteur relate ici l'observation d'une femme qui, au 8^e mois de sa grossesse, expulsa un fœtus mort et macéré de trois

mois environ. Si nous remarquons que l'encéphalite apparut à 3 mois et présenta d'emblée une certaine gravité, il est difficile de nier que l'infection n'eut pas ici une influence néfaste sur le produit de conception, dont la mort coïncide avec l'apparition de la maladie chez la mère.

Dans deux autres cas, le fœtus semble être mort peu de temps avant l'expulsion ; celle-ci se produisit à 6 mois, cas de M. Achard (Obs. 9) et à 7 mois, deuxième observation de M. Voron (Obs. 44).

4 fœtus succombèrent au cours du travail. Dans un des cas, Tiago d'Almeda (Obs. 66), l'accouchement était prématuré à 7 mois et demi. Dans un autre, Kreiss (Obs. 51), l'enfant, extrait par césarienne, ne put être ranimé.

Parmi les 35 enfants nés vivants, 2 sont morts dans les 24 premières heures, l'un, celui qui fut observé par MM. Commandeur et Eparvier (Obs. 17), né en état d'asphyxie bleue, meurt 15 heures après sa naissance. A son sujet, MM. Commandeur et Eparvier écrivent : « La rapidité de l'accouchement qui, pour ainsi dire, a passé inaperçu, puisqu'en une demi-heure l'enfant fut expulsé, a déterminé chez lui un traumatisme violent, dont les lésions anatomiques ont été constatées : hémorragie méningée et inondation ventriculaire. » Nous voyons que la mort fut attribuée dans ce cas, non au fait de l'affection de la mère, mais au traumatisme de l'accouchement.

Le second enfant, observation de Marinesco (Obs. 33), a trait à un prématuré de 7 mois, extrait grâce à une césarienne conservatrice, pratiquée sans anes-

thésie; le fœtus asphyxié succomba après quelques inspirations.

Dans ces deux derniers cas, le traumatisme obstétrical semble bien avoir joué le principal rôle.

Mais les observations des 9 enfants morts in utero, nous incitent à tenir compte dans un certain nombre de cas, du rôle néfaste de l'encéphalite épidémique sur la vie du fœtus.

Sur les 33 enfants ayant survécu au delà de 24 heures, nous avons pu recueillir des renseignements sur 12 d'entre eux. Dans ce nombre, 7 sont bien portants plusieurs mois après leur naissance, dont 3 actuellement âgés de 3 ans et plus, qui se sont développés d'une façon tout à fait normale.

4 sont morts. Celui de notre première observation, dont nous avons pu avoir assez fréquemment des nouvelles, a été nourri au sein, et n'a jamais présenté de symptômes d'encéphalite, mais il a succombé à 14 mois, à une adénopathie tuberculeuse. Une autre, meurt à 5 mois (Obs. Bériel) à la Clinique infantile de la Charité de Lyon, sans qu'un diagnostic précis ait été posé, on avait pensé à une méningite, sans en spécifier la nature. Un troisième de M. Brindeau (Obs. 12), qui pesait 3.200 gr. à sa naissance, tombe à 2.790 gr. à la sortie de la Clinique, douze jours après ; nourri au sein, l'enfant s'alimente de plus en plus mal; on apprend qu'il a présenté ensuite des vomissements à peu près continus, avec amaigrissement rapide et qu'il a succombé vingt-six jours après sa sortie de l'hôpital à l'âge de six semaines environ.

Le dernier, enfin, de Santi (Obs. 64), *meurt peu de*

jours après sa naissance d'encéphalite épidémique.

Nous tenons, bien que ce cas soit le seul mortel, à le rattacher aux 4 autres cas publiés respectivement par Harris, Mercier de Tours, Novaes e Sousa, et Klippel et Baruk.

Dans l'observation de Santi, l'enfant, après s'être développé normalement durant les 7 premiers jours, *présente, le 8^e jour, les symptômes de l'encéphalite léthargique* et, en particulier, à partir du 10^e jour, un état de somnolence absolue, il succombe le 12^e jour; à l'autopsie, on ne trouve qu'une hyperémie marquée des vaisseaux méningés, fait banal chez un prématuré de 2.000 gr. Il faut noter que l'enfant a été nourri, au sein.

Dans le cas de Harris, l'observateur relate que l'enfant né vivant était cyanosé, présentait de la somnolence, de la constipation, de la rétention d'urine, en somme, montrait, bien qu'atténués, *les mêmes symptômes que la mère.*

Dans l'observation de M. Mercier, de Tours, on remarque que l'enfant, *séparé de sa mère à sa naissance* et nourri au lait de vache, puis au lait de chèvre, présente, vers la seconde semaine, *une forme d'encéphalite avec secousses myocloniques*, similaire à celle de sa mère, mais atténuée et se terminant par la guérison, en dépit de l'absence de tout traitement.

L'enfant, actuellement âgé de 5 ans et demi, a une taille bien au-dessus de son âge; il pèse 22 kilos. Les secousses myocloniques qui se sont manifestées au début de sa naissance, ont cessé, au bout de quelques jours et aucun autre signe d'encéphalite ne s'est manifesté chez lui.

A l'heure actuelle, il présente de l'incontinence d'urine plus rare le jour que la nuit, et, au point de vue psychique, une paresse invétérée et anormale.

Dans le cas de Novaes e Sousa (Obs. 54), l'enfant, né cyanosé, présentait un *myoclonus abdominal typique*, accompagné d'une éruption de papules déjà signalée au cours de l'encéphalite épidémique ; il faut remarquer que les *myoclonies sont du même type et du même siège* chez la mère et chez l'enfant. Mais, alors que l'encéphalite de la mère évolue jusqu'à la mort, celle de l'enfant, bénigne et passagère, disparaît sans avoir sensiblement altéré sa santé.

Enfin, dans la très intéressante observation de MM. Klippel et Baruk (Obs. 27), l'enfant, paraissait très vigoureux à la naissance et d'aspect tout à fait normal. Elevé au sein, dès le début de l'allaitement, sa santé s'altère, il cesse de crier, reste immobile, inerte, puis entre bientôt dans *une période de somnolence continue* ; il peut cependant continuer à prendre ses tétées. Au bout de 8 jours, en présence de ces faits, on suspend l'allaitement au sein.

Dès que l'enfant est mis au biberon, il sort de sa somnolence, recommence à crier, redevient gai et vivant. Depuis ce moment, l'enfant n'a pas eu la moindre maladie et il apparaît, à 3 ans, bien développé, très vigoureux, très éveillé et ne présente aucun signe pathologique.

En résumant ainsi les points essentiels de ces 5 observations, nous voyons, dans le cas d'Harris et dans celui de Novaes e Sousa l'encéphalite apparaître chez l'enfant, dès sa naissance, et, dans cette dernière

observation, en particulier, l'enfant présenter le même type de myoclonies que sa mère, avec un siège identique.

On peut donc apporter maintenant, dans le chapitre de l'encéphalite épidémique la notion d'infection congénitale, par transmission, et hérédité de la mère.

Aussi, semble-t-il, qu'on puisse affirmer qu'il y a des *encéphalites congénitales* et des *hérédo-encéphaliques*.

En outre, ces deux clichés semblables, l'un de la maladie de la mère, l'autre de la maladie de l'enfant, paraissent bien apporter la preuve de l'autonomie de l'encéphalite épidémique.

Dans l'observation de Mercier et dans celle de Santi, l'encéphalite de l'enfant n'apparaît qu'au début de la deuxième semaine, aussi la transmission placentaire pourrait-elle être discutée et pourrait-on lui substituer la notion de contagiosité directe par la mère, mais cette hypothèse ne peut être maintenue pour le cas de Mercier, puisque l'enfant a été séparé de la mère dès sa naissance.

Dans le cas de Santi, l'enfant, nourri au sein, présente une encéphalite rapidement mortelle, aussi devons-nous le rapprocher plutôt de l'observation suivante qui démontre clairement l'inopportunité en pareil cas, de l'allaitement maternel.

L'observation de MM. Klippel et Baruk (Obs. 27), peut tenir lieu, en effet, d'une véritable étude expérimentale : enfant vigoureux à la naissance, qui présente, dès le début de l'allaitement au sein, les symptômes d'encéphalite qui persistent aussi longtemps que celui-ci ; on supprime l'allaitement au sein, l'enfant renaît à la vie normale.

Aussi, pourrons-nous poser désormais en règle absolue *qu'une enfant né de femme atteinte d'encéphalite léthargique ne doit pas être mis au sein maternel.*

Pour appuyer notre thèse de la transmission placentaire, sur une expérience biologique, nous tenons à résumer ici les travaux de Levaditi, Harvier et Nicolau, sur la « Transmission placentaire expérimentale du virus de l'encéphalite de la mère au fœtus. »

EXPÉRIENCE. — Le 21 avril, la lapine pleine 34 A reçoit, dans la chambre antérieure de l'œil, un mélange de virus fixe et de sérum normal de mouton. Elle meurt d'encéphalite (lésions cérébrales typiques) le 11^e jour.

On trouve, à la nécropsie, neuf fœtus de 10 à 12 cm. dont on extrait aseptiquement les organes.

On prélève également le placenta et un fragment de la glande mammaire, laquelle contient du lait.

Le cerveau de la mère, la glande mammaire, le placenta, le cerveau d'un des fœtus, ainsi que le foie du même fœtus, servent à préparer des émulsions, qui sont inoculées directement dans le cerveau de lapins nœufs, à la dose de 0, cc. 2.

1^o *Cerveau de la mère* : Lapin 74 A meurt d'encéphalite, le 4^e jour (lésions typiques).

2^o *Glande mammaire* : Lapin 75 A meurt le 6^e jour (lésions caractéristiques).

Passage positif sur le lapin 14-0 (encéphalite le 6^e jour),

3^o *Placenta* : Lapin 72 A meurt le 5^e jour (lésions typiques).

Passage positif sur le lapin 9-0 (encéphalite le 4^e jour).

4^o *Cerveau du fœtus* : Lapin 76 A meurt le 9^e jour (lésions typiques).

Passage positif sur le lapin 34-0 (encéphalite le 4^e jour).

5^o *Foie du fœtus* : Lapin 73 A survit.

Il faut noter que le placenta est d'aspect normal.

Cette expérience prouve que le virus de l'encéphalite épidémique traverse le filtre placentaire, pour se localiser chez le fœtus dans le système nerveux central.

En ce qui concerne la présence du virus dans la glande mammaire, les auteurs s'expriment ainsi : « L'existence du virus dans la glande mammaire, laisse entrevoir la possibilité de l'élimination du germe par le lait et rend probable la contamination des rejets par l'ingestion du lait provenant de mère contaminée. Cette hypothèse est d'autant plus plausible, que nous avons démontré ailleurs, la conservation prolongée (pendant près de 100 jours) de virus encéphalitique dans le lait stérilisé. »

Les observations relatées plus haut ont suffisamment confirmé, nous semble-t-il, les expériences de MM. Levaditi, Harvier et Nicolau.

Considérations thérapeutiques

En présence de femmes enceintes, atteintes d'encéphalite épidémique, plusieurs auteurs se sont posés la question de provoquer ou de hâter l'accouchement dans un espoir thérapeutique.

Pouvons-nous, grâce à l'examen des cas que nous connaissons, nous faire une idée précise à ce sujet ?

Pour la mère ? Que la grossesse ait une influence nuisible sur l'évolution de la maladie, nous l'avons montré ; que l'accouchement, au contraire, améliore l'état de la malade, nous ne le croyons pas.

Si l'accouchement n'est suivi de la mort de la malade, le lendemain, que dans trois de nos observations, dans la plupart des cas, une aggravation marquée de l'encéphalite se manifeste dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement.

Sur quatre accouchements provoqués, trois fois la mère succomba. Sur trois césariennes, il y eut deux survies maternelles. Il ne semble donc pas qu'il y ait lieu d'intervenir pour sauver la mère.

Pour l'enfant ? Sur les sept interventions pratiquées pour hâter la délivrance, trois fois seulement l'enfant survécut, deux fois, après un accouchement provoqué, un autre fois après une césarienne.

Cinq fois, le fœtus fut infecté par voie placentaire : dans quatre cas, l'atteinte fut légère, dans un seul il succomba.

Y a-t-il là des éléments suffisants pour poser des indications précises ? Nous ne le croyons pas.

On devra, en tout état de cause, s'inspirer de l'état de la mère, pour décider si une intervention, susceptible de sauver la vie de l'enfant ne se trouve pas indiquée sans trop attendre, toutefois, en ce qui concerne la vie de celui-ci.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse et la puerpéralité ont une action aggravante sur l'évolution de l'encéphalite épidémique, puisque la mortalité s'élève à 50 %, tandis que la léthalité habituelle n'est que de 25 % environ.

Le nombre de nos observations ne nous permet cependant pas de fixer d'une façon absolue le pourcentage de la mortalité, mais nous pouvons affirmer que la grossesse aggrave sans conteste le pronostic de l'affection.

II. — L'évolution de la grossesse paraît influencée d'une certaine manière par l'encéphalite : sans parler des interruptions artificielles de la grossesse (7 observations), celle-ci fut interrompue spontanément dans 9 cas : 4 accouchements prématurés, plus ou moins près du terme et 5 avortements.

III. — L'accouchement se passe en général sans incidents (4 applications de forceps sur 32 cas, où l'accouchement se produit au cours de la maladie).

IV. — Les suites de couches ne sont pas troublées par des accidents d'ordre obstétrical, mais l'accouchement ne paraît pas améliorer l'évolution de l'encéphalite en cours, et la virulence de l'affection s'accroît au contraire, le plus souvent, dans les jours qui suivent l'accouchement.

V. — L'enfant est né vivant dans la majorité des cas, mais l'infection semble cependant l'avoir atteint dans 7 cas, avec 5 morts au cours de la grossesse et 2 au cours du travail.

VI. — La transmission placentaire est possible et nettement établie, l'enfant peut présenter des symptômes d'encéphalite dès la naissance, ou dans les semaines qui suivent. La forme, chez l'enfant, sera le plus souvent légère et passagère, mais peut être cependant mortelle, comme dans un de nos cas.

A côté de la transmission placentaire, peut exister une transmission par le lait maternel ; aussi, l'enfant devra-t-il être soustrait, dès sa naissance, à l'allaitement maternel.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

COMMANDEUR

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 Novembre 1925.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

Nous la diviserons en deux parties :

I. — Celle dans laquelle nous avons trouvé les directives et les diverses observations de notre travail ;

Toutes ces indications bibliographiques on pourra les retrouver dans nos trois tableaux en regard du nom de chaque auteur.

II. — Les indications bibliographiques d'auteurs étrangers, recueillies dans l'INDEX MEDICUS, mais auxquelles, malgré notre désir, nous n'avons pu nous reporter.

Nous les rappelons ici :

AREZZO G. — Setti casi di encefalite epidemica in gravidanza et considerazioni statistiche su 50 casi. *Arte ostet. Milano*, 1922, XXXVI.

BACCIOLI et SCAGLIONE. — Osservazioni e ricerche sulla encefalite letargica in gravidanza. *Ann. d'ostet. Milano*, 1921.

— Osservazioni e ricerche sulla encefalite letargica in gravidanza. *Rassegna d'ostet. e ginec. Napoli*, 1921, XXX.

BOMPIANI. — Encephalite epidemica e gravidanza. *Rassegna d'ostet. e ginec. Napoli*, 1921, XXX.

COWERE A. — Encephalitis lethargica as a complication of pregnancy, report of a case. *Rhode Island M. J. Providence*, 1922, V.

HELL K. — Encephalitis und Gravidität. *Prakt. Arzt. Leipzig*, 1922.

POLLASTRONI G. — Encephalita epidemica e gravidanza. *Riv. Med., Milano*, 1922, XXX, 17-19.

